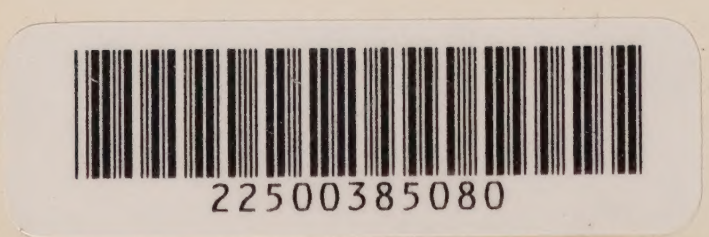
79.

1225 H



Bound by
E. WATSON,
—239—
MARYLEBONE RD
LONDON, N.W.

BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION

Digitized by the Internet Archive
in 2021 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s6019id1338239

BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung der Herren

DDr. **Althaus** (London), Professor **M. Bernhardt** (Berlin), **Buch** (Wilmanstrand in Finnland), **Dehn** (Hamburg), Professor **Dománsky** (Krakau), **Goldstein** (Aachen), **Halbey** (Bendorf), Sanitätsrath **Hauptmann** (Gleiwitz), **Hinze** (St. Petersburg), **Hirschmann** (Remscheid), **Holtermann** (Sachsenberg), Director **Karrer** (Klingenmünster), **König** (Dalldorf), **Kron** (Berlin), **Krueg** (Ober-Döbling bei Wien), **Kurella** (Ahrweiler), **Landsberg** (Ostrowo), **Langreuter** (Eichberg), Professor **Laufenauer** (Budapest), **Leppmann** (Breslau), **Matusch** (Sachsenberg), Docent **Möbius** (Leipzig), **Moravcsik** (Budapest), Docent **Fr. Müller** (Graz), **Nagel** (Halle a. S.), Direktor **Neuendorf** (Bernburg), **Nieden** (Bochum), Professor **Obersteiner** (Wien), **Otto** (Dalldorf), **Pauli** (Köln), Direktor **Pierson** (Pirna), **Pollak** (Budapest), **Rabow** (Berlin), **Reinhard** (Hamburg), **Rohden** (Oeynhausen), Professor **Ottomar Rosenbach** (Breslau), **A. Rosenthal** (Warschau), **Strauscheid** (Bendorf), Sanitätsrath **Voigt** (Oeynhausen), Direktor **Wähner** (Allenberg) u. A.

herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf.

XI. Jahrgang 1888.

Alle 14 Tage eine Nummer. Jede Nummer 2 Druckbogen.

Leipzig,
Verlag von Theodor Thomas.

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
Coll. WelMOmec
Coll.
No.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

Verzeichniss der Originalien.

1. Ein Fall von Hysteroepilepsie bei einem Manne von Dr. Julius Pollak in Budapest. pag. 2.
2. Ueber den Begriff der Hysterie von P. J. Möbius. pag. 66.
3. Morbus Basedowii und Bronced Skin. Casuistische Mittheilung von Dr. H. Kurella. pag. 97.
4. Experimentalstudie über die Polarisation der thierischen Gewebe von Dr. Léon Danion in Paris. pag. 193.
5. Ueber eine neuartige Influenzmaschine (Patent Gläser) sowie das Gesammtinstrumentarium zur therapeutischen Verwerthung der Franklinisation von Professor Dr. Rudolf Lewandowski in Wien. pag. 369, 401.
6. Topographische Beziehungen zwischen motorischer Region und Schädel nach V. Horsley von Dr. L. Goldstein in Aachen. pag. 408.
7. Ueber eine eigenthümliche Art von Mitbewegung des paretischen oberen Lides bei einseitiger congenitaler Ptosis von Prof. Dr. M. Bernhardt in Berlin. pag. 433.
8. Ueber die Fasersysteme im Fuss des Grosshirnschenkels und Degeneration derselben von Dr. Sioli, Director der Provinzial-Irren-Anstalt zu Bunzlau in Schles. pag. 438.
9. Zur physiologischen und therapeutischen Wirkung des Hyoscinum hydrochloricum von Director Dr. Eugen Konrad in Hermannstadt. pag. 529.

10. Criminelle Anthropologie und positives Strafrecht von Dr. H. Kurella in Ahrweiler. pag. 534, 575.

11. Beitrag zur Lehre von der conträren Sexualempfindung in ihrer klinisch-forensischen Bedeutung von Dr. Kriese, pract. Arzt in Ahrweiler. pag. 562.

12. Hysterische Symptome bei syphilitischen Veränderungen des Gehirnes. Mittheilung aus der Beobachtungsabtheilung des Rochus-Spitals in Budapest von Dr. Ernst Moravcsik, Privat-Docent und Assistent an der psychiatrischen Klinik. pag. 593.

13. Beiträge zur Pathologie und Chirurgie des Grosshirns von Dr. L. Goldstein in Aachen. pag. 625, 657.

14. Die klinischen Resultate der Kraniometrie und Kephalometrie von Prof. Dr. Moriz Benedikt in Wien. pag. 634.

15. Ueber reflectorische Pupillenstarre von P. J. Möbius. pag. 689.

16. Ueber Peroneuslähmung von Prof. Dr. M. Bernhardt in Berlin. pag. 721.

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. 1. Januar 1888. Nro. 1.

Inhalt.

I. Originalien. Ein Fall von Hysteroepilepsie bei einem Manne. Von Dr. **Julius Pollak** in Budapest.

II. Original-Vereinsberichte. **Psychiatrischer Verein zu St. Petersburg. Rosenstein**: Fall von circulärem Irresein mit Ausgang in Heilung. **Tarnowski**: Anthropometrische Untersuchungen Prostituirter und Verbrecherinnen.

III. Referate und Kritiken. **Bollinger**: Ueber primäre Actinomykose des Gehirns beim Menschen. **Wagner**: Zur Therapie der complicirten Schädelfracturen. **Manley**: 2 Fälle von Schädelfractur. Heilung. **Sexton**: Das Ohrfeigen. **Ruhemann**: Beitrag zu der Poliencephalitis acuta. Tod im Initialstadium. Sectionsbefund. **Terrien**: Ueber Erscheinungen, die nach Erhängen auftraten. **Bourneville**: Ein Fall von Asphyxie durch Strangulation mit beträchtlichen Sinken der Körpertemperatur. Genesung. **Dana**: Progressive spastische Ataxie (combinirte strangförmige Sclerose) und die combinirten Sclerosen des Rückenmarkes. **Lunz**: Ueber die Affectionen des Nervensystems nach acuten infectiösen Prozessen. **Oppenheim**: Die oscillirende Hemianopsie bitemporalis als Kriterium der basalen Hirnsyphilis. **Lewtas**: Ein Fall von acuter Paralysis ascendens; theilweise Genesung. **Ruhemann**: Fall von Ataxie nach Diphtherie bei einem 8 jährigen Knaben. **Jaccoud**: Diabetes mellitus und Coma diabeticum. **Putzel**: A case of progressive facial hemiatrophie. **Browning**: Die frühzeitige Behandlung der Drucklähmung des n. radialis. **Burckhardt**: Ein Beitrag zur traumatischen Hysterie. **Marie**: Bemerkung über die Aetiologie der Epilepsie. **Schlöss**: Ein Beitrag zur Lehre der sogenannten Reflexepilepsie. **More**: Morphinomania. **Savage**: Alterniren von Neurosen. **Höffding**: Psychologie in Umrissen auf Grundlage der Erfahrung. **Rockwell**: Ueber die Dosirung des galvanischen Stromes. **Weber**: Ueber einige Schlafmittel. **Norman**: Die sedative Wirkung des Hypnons mit Krankheitsgeschichten. **Berger**: Ueber einen Fall von Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen bei einem zehnjährigen Kinde. **Munson**: Hallucinations and Illusions of the Insane. **Fisher**: Zwei einzigartige Fälle von Irrsinn, möglicherweise Epileptiker. **Burr**: Das Pubertätsirresein. **Greenlees**: Sphygmographische Beobachtungen an Geisteskranken. **Francis**: Zwei Fälle von Genesung aus chronischer Geisteskrankheit. **Powell**: Ein Fall von „unbewusstem" Mord- und Selbstmordtrieb. **Urguhart**: Zwei Fälle von syphilitischer Geistesstörung nach Alcoholismus mit paralytischen Symptomen. **Der vierzigste Bericht der Commissioners in lunacy (1886) for England und Wales.**

IV. Aus den Vereinen. I. Société de Biologie, Paris. II. Académie des Sciences zu Paris. III. Association of American physicians. IV. American Laryngological Association. V. The Practitioners Society of New-York.

I. Originalien.

Ein Fall von Hysteroepilepsie bei einem Manne.

Von Dr. JULIUS POLLAK in Budapest.

Es ist meine Absicht nicht, mit Folgendem einen Beweis von der Existenz der männlichen Hysterie liefern zu wollen, denn dies ist heute nunmehr überflüssig. Ich erlaube mir, den folgenden Fall nur desswegen mitzutheilen weil er so typisch und ausgesprochen, man dürfte sagen classisch ist, wie er nicht täglich vorzukommen pflegt.

D. R. 27 Jahre alt, mosaischer Religion, Bahnarbeiter, wurde am 2. April 1887 auf die psychiatrische Abtheilung des Prof. Laufenauer anfgenommen. Erbliche Belastung liess sich, trotz der pünktlichsten Nachforschung, nicht nachweisen. Er selbst war bis vor 5 Jahren vollständig gesund. Im Jahre 1882 acquirirte er ein Magenleiden, dem zu Folge er die Klinik des Prof. Korányi aufsuchte, und wo zur Beseitigung seines Uebels Magenwaschungen angewendet wurden. Am 26. October desselben Jahres verlor er nach einer Magenwaschung, die er bis dahin ganz gut vertrug, ohne jewede nachweisbare Ursache die Besinnung und wurde am ganzen Körper von Krämpfen befallen. Da diese Krämpfe, von diesem Tage an, nicht nur nach jeder Magenwaschung, sondern auch spontan 5—10—15 mal täglich auftraten, verliess er die Klinik, denn er schrieb seine Anfälle den Magenwaschungen zu, und suchte ein anderes Spital auf. Seitdem wandert er, mit grösseren und kleineren Unterbrechungen von einem Krankenhause ins andere, ohne Besserung, geschweige Heilung gefunden zu haben. In der letzten Zeit nahm sein Uebel noch mehr zu, seine Anfälle wiederholten sich täglich immer öfter und im gesteigerterem Maasse, so dass er vollständig heruntergekommen und der Verzweiflung nahe unsere Abtheilung aufsuchte.

Der hochgewachsene, breitschultrige, kräftige Kranke hat dunkelbraunes Haupthaar und eine niedere Stirn. Die rechte Gesichtshälfte ist in ihrer Entwickelung etwas zurückgeblieben, dem entsprechend tritt die Lamdanaht links stärker hervor. Die Iritiden sind braun. Die linke Pupille ist bedeutend weiter, doch reagiren beide prompt. In der Zunge fibrilläre Zuckungen. In den Händen, besonders in der linken, mittelstarker Tremor. Die rechte Hand drückt 29, die linke 19 klg. am Dynamometer. Die Patellarreflexe sind normal. Die Hautreflexe sind beiderseits erhöht, so auch die mechanische Reizbarkeit der Muskeln. Bei geschlossenen Augen starkes Schwanken.

Auf der ganzen linken Körperhälfte besteht Anaesthesie und Analgesie die mit geometrischer Präcision in der Mittellinie endet. Ein bis zum Knochen dringender Nadelstich wird nicht gefühlt und wird von keiner Blutung gefolgt. Auch der Muskelsinn fehlt links vollständig.

Im linken Hypochondrium ist eine handtellergrosse Stelle, die auf Berührung zwar auch unempfindlich, aber schon auf den geringsten

Druck äusserst schmerzhaft ist. Ein noch so geringer und kurz anhaltender Druck auf diese pseudo-ovariale Zone, die auch sonst der Sitz eines fortwährenden dumpfen Schmerzes ist, wird von unerträglichen Schmerzen und den Auraerscheinungen des Anfalles gefolgt. Aehnliche schmerzhafte Stellen finden wir am inneren Rande der Scapula in der Höhe der 5.—6. Rippe, sowie auf der rechten Gesichtshälfte an den Austrittsstellen des Trigeminus. Von allen diesen Stellen sind auf Druck sehr leicht Anfälle auszulösen.

Die Sehkraft des linken Auges ist so erheblich herabgesetzt, dass der Kranke mit demselben nur gröbere Gegenstände, wie Finger in einer Entfernung von $2^1/_2$ Meter zu erkennen im Stande ist. Innerhalb dieser $2^1/_2$ Meter, bis zu 10 ctm. vor dem Auge sieht er alles doppelt, innerhalb der 10 ctm. nur mehr einfach. Das Gesichts- und Farbenfeld ist beiderseits, besonders aber linkerseits sehr bedeutend concentrisch eingeengt; die Grenzen des linken Gesichtsfeldes sind oben 12^0, unten 10^0, aussen 11^0, innen 10^0. Die Farbenkreise sind von aussen nach innen in folgender bezeichnender Reihenfolge angeordnet: roth, gelb, blau, grün und lila. Bei genauerem Betrachten eines Gegenstandes oder beim Lesen wendet der Kranke den Kopf stark nach links, um so das linke Auge dem Gegenstande wenigstens auf 10 ctm. Nähe zu bringen und damit die Doppelbilder auszugleichen. Die vorgenommene Untersuchung mit dem Augenspiegel wies, von geringer Trübung beider Glaskörper abgesehen, ganz normale Augenhintergründe auf. Wir fanden daher am linken Auge Amplyopie, monoculare Diplopie und höchst eingeengtes Gesichts- und Farbenfeld. Auch das Gehör ist links viel schwächer als rechts; denn während der Pat. den Pollitzer'schen Gehörmesser mit dem rechten Ohre auf 4 Meter Entfernung hört, vernimmt er ihn links nur auf 41 ctm. Die Ohrenspiegeluntersuchung constatirte beiderseitigen Mittelohrcatarrh mittleren Grades.

Der Geruch- und Geschmacksinn ist auf der linken Seite gänzlich verloren gegangen. Eigenthümlich ist das, schon bei vielen hysteroepileptischen Frauen beobachtete, Verhalten der Kranken der Stimmgabel gegenüber: schon beim Erblicken derselben erfassen ihn Angst, Schauder, Zittern und Schwindel, lässt man sie aber erklingen, so wird er sicherlich von einem heftigen Anfalle erfasst.

Der Anfall, ob spontan auftretend oder künstlich hervorgerufen, wird immer von einem Gefühle eingeleitet, „als würde ihm ein Schuss in der pseudo-ovarialen Zone treffen". Sofort klagt er über unerträglich heftige Schmerzen in der linken Bauchhälfte, über Schwindel und Ohrensausen, das Gesicht wird hellroth, bald wieder cyanotisch blau, die Venen schwellen an, die Augen treten hervor, der Blick wird stier, er knirscht mit den Zähnen, stöhnt und bläst, in der linken Körperhälfte treten einzelne heftige Zuckungen auf, bis er die Besinnung vollends verlierend umstürzt und von allgemeinen tonischen und clonischen Krämpfen befallen wird. In Folge dieser Krämpfe wird der Körper in die widerwärtigsten Stellungen gebracht: bald wird er wie ein Knäuel zusammengezogen, so dass sich Knie und Kopf bei-

nahe berühren, bald liegt er wie aus einem Stücke kerzengerade da, bald beschreibt er einen Bogen nach vor oder rückwärts, bis die contracturirten Glieder langsam erschlaffen und der Kranke, lebhafte Schmerzen in der linken Bauchhälfte verspürend, wieder zu Besinnung kommt. Oft tritt eine ganze Reihe von solchen Anfällen auf. Nach dem Anfalle ist der Kranke wie im Schweisse gebadet, fühlt sich unendlich schwach und elend, „als wären ihm alle Knochen gebrochen", so dass er nur mit grosser Mühe einige Schritte gehen kann. Von den hysterogenen Punkten aus kann man nur nach geraumer Zeit und starkem Drucke den Anfall zum Stillstand bringen; viel rascher gelangt man zum Ziele, wenn man dem Kranken Aether auf die pseudo-ovariale Zone träufelt, oder wenn man ihm mit einem starken faradischen Strom über das Gesicht fährt.

Die electrische Untersuchung ergab ganz normale Verhältnisse, nur fand ich auch hier wie in vielen anderen Fällen, dass der Leitungswiderstand der Haut auf der anaesthetischen Seite um 0,5—1,5 M. A. geringer ist, wie auf der fühlenden Seite.

Ich versuchte den Kranken wiederholt, immer auf eine andere Weise (Fixiren, Streicheln etc.) zu hypnotisiren, es gelang mir aber keinmal, denn er wurde immer vom Anfalle ereilt. Der Kranke ist grösstentheils traurig und niedergeschlagen, er hat kein Vertrauen mehr zu seinen Aerzten, hofft nicht mehr gesund zu werden; „es ist ihm auch an seinem Leben gar nichts mehr gelegen, er könnte jeden Augenblick sterben" — seine psychische Reflexerregbarkeit ist erheblich gesteigert: er wird schnell zornig, weint leicht; beschäftigt man sich etwas länger mit ihm, so wird er bald roth, bald blass im Gesicht, bekommt leicht Kopfschmerz, Schwindel und bald darauf den Anfall.

Bei dem mitgetheilten Falle ist jener Umstand bemerkenswerth, dass hier die Hysteroepilepsie bei einem gesunden, ganz und gar *unbelasteteten* Individuum ohne jede nachweisbare Ursache aufgetreten ist, während dem sich in den bisher bekannten Fällen erbliche Belastung, Disposition, ein psychisches oder somatisches Trauma oder alle insgesammt immer nachweisen liessen. Ein weiterer nennenswerther Umstand ist die *auffallende* Aehnlichkeit dieses Falles mit der weiblichen Hysterie. Das öftere Vorkommen von hysterogenen Punkten in der pseudo-ovarialen Zone bei Männern und das sehr häufige Fehlen solcher Punkte in der ovarialen Gegend bei Frauen, scheint mir dafür zu sprechen, dass es eben nur Zufall ist, wenn sich ein hysterogener Punct in der Gegend der Ovarien oder der Hoden befindet, dass also die Druckempfindlichkeit der Ovarien oder der Hoden, für die Hysterie nicht characteristich ist. — Ebenso ist die Hypnotisirbarkeit für die Hysterie nicht charakteristisch, denn nicht nur der beschriebene Kranke, sondern viele hysterischen Frauen, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte, liessen sich nicht hypnotisiren. Dass die hysterische Anaesthesie jahrelang bestehen kann, beweist auch mein Fall; der Kranke erzählt, dass er vor *zwei* Jahren bei einer Rauferei einen tiefen Messerstich am linken Oberarm erhielt; erst nach geraumer

Zeit bemerkte er das Blut an seinen Fingern herunterrieseln und wurde erst dadurch auf seine Verwundung aufmerksam, seit jener Zeit habe er Kenntniss von der linksseitigen Anaesthesie, er meint aber dass sie seit seinem Leiden (seit 5 Jahren) bestehen könne.

II Original-Vereinsberichte.

Psychiatrischer Verein in St. Petersburg.

Sitzung am 21. November 1887.

1) **Borosdina Rosenstein** (weiblicher Arzt): *Fall von circulärem Irresein mit Ausgang in Heilung.*

Die betreffende Kranke befand sich im Verlaufe nach 11 Monaten unter der Beobachtung der Referentin in der Irrenanstslt „Aller Bekümmerten", machte 11 Cyklen abwechselnder maniakalischer und melancholischer Zustände durch, welche durch keine lichte Intervalle von einander geschieden waren. In der melancholischen Periode trat wiederholt Selbstmordtrieb auf, die Cyklen zeigten überhaupt eine grosse Regelmässigkeit, nur die letzten wurden unregelmässiger und kürzer, was eine Heilung, die auch wirklich eintrat, erwarten liess; die genesene Kranke befindet sich seit 11 Monaten vollkommen wohl, und was besonders interessant ist, ist nicht erblich belastet gewesen.

2) **P. N. Tarnowski** (weiblicher Arzt): *Anthropometrische Untersuchungen Prostituirter und Verbrecherinnen.*

Bereits im vorigen Jahre**) hatte Vortr. über dieses Thema referirt und über 50 Prostituirte und ebenso viele 50 gesunde Bäuerinnen berichtet. Die heutige Mittheilung brachte neue Messungen an weiteren 100 Prostituirten, 100 Diebinnen und 50 normalen Bäuerinnen. Die Schädelmasse waren annähernd dieselben, wie bei der ersten Serie. Physische Zeichen der Entartung*) wurden häufiger angetroffen, 87% hatten wenigstens 2 derselben aufzuweisen, in moralischer Beziehung wurde die Abwesenheit ethischer Anschauungen und Anomalien der Geschlechtsfunktionen constatirt. 83 Prostituirte

*) Vortr. fand, dass die Prostituirten einen um 5,75 Millimeter kleineren Diameter antero-posterior, einen um 6,20 Mm. kleineren Diameter transversus im Vergleiche zu normalen Bäuerinnen aufwiesen, die Circumferenz bei ihnen betrug — 9Mm., der Diameter biangularis dagegen + 3 Mm., der Gesichtswinkel 69°,8 gegen 71°,3. (Wir hoffen, bald ein ausführliches Referat über diese interessanten Untersuchungen zu bringen. (Ref.)

**) Zu den physischen Degenerationszeichen rechnet Dr. Tarnowski Unregelmässigkeiten des Schädels. Uebermässige Entwickelung der tubera occipitis. Anomalien des Gesichtes. Sattelförmiger harter Gaumen. Nicht verwachsener harter Gaumen. Unregelmässig wachsende Zähne. Zähne nach Hutchinson und Parrot. Mangel der seitlichen oberen Schneidezähne. Ohren nach Morel. Andere Unregelmässigkeiten der Ohren. Anomalien der Extremitäten. Asphyxia localis.

hatten trunksüchtige Eltern, bei 35 waren Vater und Mutter Alkoholiker, 97 Prostituirte tranken viel, 65 sehr viel. 22 hatten schwindsüchtige Väter und 16 solche Mütter, 2 Mal waren beide Eltern phthisisch, 6 Mal waren die Eltern epileptisch, 3 Mal geisteskrank. 31 Postituirte waren die letzten ihres Geschlechtes, alle 100 wiesen 34 Geburten und drei Aborte auf. Bei der Untersuchung der Diebinnen war das % der Zeichen physischer Entartung geringer, als bei den Prostituirten, aber grösser als bei den Bäuerinnen. Ref. zieht aus ihren Beobachtungen den Schluss, dass die Prostituirten in Anbetracht ihrer körperlichen und geistigen Entwicklung unter den Verbrecherinnen stehen.

Hinze (St. Petersburg).

III. Referate und Kritiken.

3) **O. Bollinger** (München): Ueber primäre Actinomykose des Gehirns beim Menschen. (Münchener med. Wochenschr. 1887. Nro. 41.)

Die Krankengeschichte, welche obigem Vortrage im ärztlichen Vereine zu München zu Grunde lag, ist in Kürze referirt folgende:

Eine 26 jährige Frau von schwächlicher Constitution begann ein Jahr vor ihrem Tode an heftigen Kopfschmerzen zu leiden. Einen Monat später trat Parese des linken Nervus abducens auf, welche nach zweimonatlicher Dauer wieder zurück ging. Die Kopfschmerzen traten von Zeit zu Zeit immer wieder auf. Ungefähr 3 Monate vor dem Tode kam eine Verschlimmerung des Befindens; äusserst heftige Kopfschmerzen bei jeglicher Anstrengung, und Anfälle von kurz dauernder Bewusstlosigkeit; geistige Störung bestand nicht. Drei Wochen vor dem Ende klagte Kranke wieder Doppeltsehen und Unfähigkeit zu Denken. Auf dem linken Auge war Stauungspapille nachzuweisen. Noch einmal trat bedeutende Besserung des Befindens ein. Der Tod erfolgte am 13. Januar 1887, nachdem Tags zuvor ein Anfall von Kopfschmerzen und späterhin Erbrechen eingetreten war, schliesslich im Coma.

Die Section bestätigte die Diagnose Hirntumor. Die halbweiche, glatte, graugelbliche Geschwulst von Haselnussgrösse war im dritten Ventrikel zwischen den vorderen Schenkeln des Fornix.

Die mikroscopische Untersuchung erwies die Geschwulst als ein Actinomykom. Vortr. weist darauf hin, dass dies der erste bisher beobachtete Fall primärer Actinomykose des Gehirnes sei. Als Träger des Infectionsstoffes dürfte die Milch, welche Kranke in ungekochtem Zustande zu sich nahm, in Frage kommen. Der Pilz müsste irgendwo von einer Schleimhaut aus in die Blutbahn und so auf embolischem Wege in's Gehirn eingedrungen sein.

Karrer (Klingenmünster).

4) **Paul Wagner** (Leipzig): Zur Therapie der complicirten Schädelfracturen. (Münchener medic. Wochenschr. 1887. Nro. 8.)

Der grösseren Arbeit entnehmen wir nur einige in der Schlussnummer enthaltene Fälle.

Verf. berichtet über zwei durch Trepanation geheilte Fälle von Hirnabscess. In dem ersten handelte es sich um einen 22 jährigen Mann, welcher von einer Selbstverletzung durch Schuss noch eine eingezogene Narbe mit Fistelöffnung auf der rechten Seite der Stirn, $3^1/_2$ Ctm. senkrecht über dem äusseren Augenwinkel zurückbehalten hatte. Kranker klagte über andauernde heftigste Kopfschmerzen. Ein Kreuzschnitt in die Narbe legte eine ca. 5 Pfennig grosse Knochenlücke blos; nach Ausmeisselung gelangte man auf einen grösseren abgesackten Abscess im rechten Stirnlappen; Entleerung, Desinfection, Jodoformgaze. Nach 14 Tagen konnte Pat. geheilt entlassen werden.

Der zweite Kranke hatte wegen einer bei einer Schlägerei erhaltenen Kopfwunde Aufnahme gefunden. Unter der Wunde der Kopfschwarte fand sich eine Fissur im rechten Scheitelbeine. Nach 21 Tagen traten bei dem Kranken, der bis dahin über starke Kopfschmerzen geklagt hatte, Lähmungen der linken Seite ein; zunächst kam eine vollständige linksseitige Facialislähmung, derselben folgten Lähmungen in der oberen und unteren Extremität. Bei der am 23. Krankheitstage gemachten Trepanation wurden nach Incision der Dura etwa drei bis vier Esslöffel Eiters entleert. Unter antisept. Verbande heilte die Wunde innerhalb zweier Monate völlig. Die Lähmungserscheinungen gingen innerhalb 4 Wochen nach der Operation zurück, es blieb nur, auch nach der vollkommenen Heilung der Wunde noch Verlangsamung der linken Facialisleitung bestehen.

Pat. wurde nach mehreren Jahren vom Verf. wieder untersucht und vollkommen gesund befunden. Karrer (Klingenmünster).

---

5) **Thomas H. Manley** (New-York): Two cases of fracture of the skull. Recovery. (2 Fälle von Schädelfractur. Heilung.)
(The Medic. Rec. 28. Juni 1887).

Im ersten Falle war Dura mater und cortex cerebr. durch Knochenfragmente (Bruch des linken Seitenwandbeins) zerrissen, resp. zertrümmert. Pat. war bewusstlos, hatte langsamen, harten Puls, kalten Schweiss, stark erweiterte Pupillen. Entfernung dieser Knochenstücke Abtragung der zerquetschten Hirnsubstanz, Vernähung der Dura-Wunde, Drainage etc. Andern Tages war Pat. wie kindisch, (schrie bei der geringsten Provocation) und aphasisch, hatte jedoch zum Theil das Bewusstsein wieder erlangt Temperatur normal. Dann trat Paralyse des rechten Armes ein, die langsam, zugleich mit der Aphasie wieder zurückging. Heilung.

Im zweiten Falle, in dem es sich um einen Bruch der äussern Knochentafel (linkes Schläfenbein) handelte, zerriss der Trepan die Dura und drang in die Hirnsubstanz ein. Nach der Operation Bewusstlosigkeit und Erbrechen; am 3. Tage drei Anfälle epileptiformer Krämpfe, Aphasie und Schielen; erstere wiederholten sich noch einmal folgenden Tag's, dann Besserung und Heilung. Hier waren die Hirnsymptome wahrscheinlich Folgen der Operation.

Voigt (Oeynhausen).

---

6) **Samuel Sexton** (New-York): (Boxing the ears. (Das Ohrfeigen.) (The Medic. Rec. 11. Juni 1887.)

Verf. hatte Gelegenheit 51 Fälle zu sehen, in denen durch Schläge mit der offnen Hand oder Faust Gehörverletzungen entstanden waren. In einigen derselben trat durch fortgeleitete Entzündung etc. Meningitis ein; in andern, jedoch sehr seltenen, Fällen wurden die Symptome einer Labyrinth-Erschütterung beobachtet, jedoch war dann die Gleichgewichtsstörung mässig und von kurzer Dauer; nur gelegentlich blieb ein mehr oder weniger starker Schwindel für längere Zeit zurück. Sehr häufig fand sich dagegen Hyperästhesie der sensibelen Nerven der Schläfenorgane. In gerichtsärztlicher Beziehung ist es wichtig zu wissen, dass der nach einer Ohrfeige entstandene Schwindel gewöhnlich nicht für immer bleibt, ausser vielleicht in den wie gesagt sehr seltenen Fällen, in denen eine rechte Labyrinth-Erschütterung stattgefunden hat. Voigt (Oeynhausen).

---

7) **J. Ruhemann**: Beitrag zu der Poliencephalitis acuta. Tod im Initialstadium. Sectionsbefund. (Centralbl. f. klin. Medicin 1887. Nro. 48.)

Bei einem 11 jährigen Knaben, der bisher gesund war und aus einer neuropathisch nicht belasteten Familie stammt, zeigten sich eine Woche lang Obspitation, Appetitlosigkeit, Kolikschmerzen bei freiem Sensorium und afebrilem Verhalten. Während der Besserung der Darmsymptome wurde er plötzlich von Fieber und heftigen linksseitigen Convulsionen ergriffen, die in rhytmischer Folge den l. Facialis, den l. Arm und das linke Bein ergriffen und von totaler Bewusstlosigkeit begleitet wurden. Nach ziemlich 6 stündiger Dauer der Krämpfe trat unter ausgesprochenem Cheyne-Stockes'schem Phänomen der Tod ein.

Die Sektion ergab Intaktheit der Brust- und Bauchorgane; in cerebro Abplattung der Gehirnwindungen der r. Hemisphäre und Trübung sowie hellere Färbung der grauen Substanz der rechtsseitigen Centralwindungen. Bei Ausschluss von Embolie, Apoplexie, Meningitis, Gehirnabscess, Tumoren, Epilepsie blieb nichts anderes übrig als an eine Poliencephalitis acuta zu denken, bei der in diesem Falle der Tod im Initialstadium erfolgte. Ruhemann (Berlin).

---

8) **Terrien** (Nantes): Phénomènes consécutifs à deux tentatives de pendaison. (Ueber Erscheinungen, die nach zwei Fällen von Erhängen auftraten.)

9) **Bourneville**: Un cas d'asphyxie par strangulation; abaissement considérable de la température; guérison. (Ein Fall von Asphyxie durch Strangulation mit beträchtlichen Sinken der Körpertemperatur. Genesung.) (Le Progrès médical. 1887 Nro. 38.)

Der erste, von T. nicht selbst beobachtete Fall betrifft einen Geisteskranken, der an Verrücktheit mit Grössenideen litt, seit 17 Jahren im Asyl sich befand und plötzlich ohne ersichtlichen Beweggrund einen Selbstmordversuch durch Erhängen machte. Abgeschnit-

ten athmete er, wenn auch schwach und unregelmässig; völliger Bewusstseinsverlust, Glieder schlaff. Einleitung der künstlichen Athmung, Frictionen der Haut, Sinapismen. Die Respiration wurde regelmässig, als plötzlich epileptiforme Krämpfe auftraten, die zeitweilig einen tetanischen Charakter trugen. Profuser Schweissausbruch, Respiration und Puls unregelmässig, fadenförmig. Die Krämpfe währten bis zum nächsten Morgen, trotzdem es gelang dem Kranken 12 Gramm Bromkali einzuflössen. Das Coma dauerte am nächsten Tage fort, erst am dritten kam Pat. wieder zu sich. Ejaculatio seminis hatte nicht stattgefunden.

Der zweite Fall ist von T. selbst beobachtet und ausführlich mitgetheilt; er betrifft einen Verrückten mit hypochondrischen Wahnideen und starker Suicidalneigung, der schon ausserhalb wie innerhalb des Asyls verschiedene Selbstmordversuche gemacht hatte. Beim Einleiten der künstlichen Athmung bei dem circa nach 3—4 Minuten nach dem Erhängen abgeschnittenen Kranken, der völlig empfindungslos war, dessen Gesichtsfarbe nicht von der normalen abwich und dessen Athmung schwach aber regelmässig war, traten epileptiforme Krämpfe auf, völliger Opisthotonus, Gesicht stark congestionirt, profuser Schweiss brach aus, die Temporalarterien stark gefüllt und klopfend, Pupillen stark erweitert, rechte weiter als die linke.

Die Strangfurche war an der rechten Halsseite wenig zu sehen, dagegen links sehr stark ausgeprägt. Nach 10 Minuten Rückkehr der Sensibilität. Reflexe erhöht, der Kranke fing plötzlich im Bette an, marschirende Bewegungen mit den Beinen zu machen. Aus dem Bette gehoben und festgehalten machte er diese Bewegungen fort, hatte dabei den Kopf nach der rechten Schulter geneigt und versuchte fortwährend sich nach rechts zu drehen, freigelassen lief er mit schnellen Schritten durch das Zimmer immer sich nach rechts haltend und sich auch in dieser Richtung umdrehend, wenn er die Wand erreicht hatte. Dieser Zustand dauerte länger als eine Stunde an. Allmählich wurde Pat. ruhiger, kam zu sich und konnte am nächsten Tage einige Angaben machen; er habe im Moment des Erhängens, als er den Stuhl wegstiess, einen heftigen Schmerz an der Kehle empfunden, dann convulsivisches Zittern in den Gliedern, damit sei Alles vorbei gewesen.

Abgang von Samenflüssigkeit hatte nicht stattgefunden, nur war unwillkürlich eine geringe Menge Urin entleert worden, der Penis fand sich in halber Erection. Blutaustritte in die Conjuctiva waren nicht vorhanden.

Verf. erklärt die Ohnmacht als eine Folge der durch Compression der Carotiden eintretenden Gehirnanämie; die epileptiformen Krämpfe als Effect der auf diese plötzlich folgenden Ueberfüllung der Gehirngefässe mit Blut, die sich durch die Congestion sowie die stark pulsirenden Gesichtsarterien zu erkennen giebt. Die eigenthümliche Erscheinung der Marschbewegung nach rechts mit rechtsseitiger Drehung des Kopfes bringt Verf. in Zusammenhang mit dem stärkeren Choc, den die linke Gehirnhemisphäre dadurch erlitten, dass durch

stärkere Compression der linken Carotis, wie sie die Strangmarke aufweist, die entsprechende Hemisphäre zuerst blutleerer gewesen sei wie die rechte, später aber durch den plötzlichen Zufluss von Blut in einen stärkeren Reizzustand gerathen sei wie die entgegengesetzte.

Diesen von T. mitgetheilten Fällen reiht B. einen aus seiner Beobachtung an, der sich durch ein eigenthümliches Verhalten der Körpertemperatur auszeichnet. Diese sank eine Stunde nach dem Selbstmordversuch auf 34,1° C. blieb 3 Stunden auf dieser Höhe, stieg dann rapide an, um binnen 2 Stunden die Höhe von 40,3° C. zu erreichen. Von da ab sank die Temperatur ganz allmählich und erst am dritten Tage befand sie sich auf ihrem normalen Stand.

Holtermann (Sachsenberg).

---

10) **C. L. Dana** (New-York): Progressive spastic. ataxia (combined fascicular sclerosis) and the combined scleroses of the spinal cord. (Progressive spastische Ataxie (combinirte strangförmige Sclerose) und die combinirten Sclerosen des Rückenmarkes.)

(The Medic. Record 2. Juli. 1887.)

Dana untersuchte 45 zur Autopsie gekommene Fälle sogenannter combinirter Hinterstrang-Sclerose. Die betreffenden motorischen Befunde und ihr Vergleich mit den klinischen Symptomen lehrten ihn, dass man eine neue Krankheit, „combinirte Hinterstrang-Sclerose" nicht aufstellen könne, da unter diese Bezeichnung eine Reihe ganz verschiedener Krankheitszustände falle. Er theilt daher jene Fälle, in denen eine Sclerose der Hinter- und Seitenstränge gefunden wurde, in 6 verschiedene Klassen je nachdem es sich handelt 1. um Dementia paralytica; 2. Friedreich's hereditäre Ataxie; 3. progressive Tabes mit finaler Paralyse; 4. progressive spastische Ataxie (primäre spastische Paraplegie mit Ataxie und Sensibilitätsstörungen) mit vorwiegend motorischen (spastischen) oder 5. vorwiegend sensibeln (tabischen) Symptomen; 6. nicht zu klassificirende Fälle. — Verf. gibt nun einen kurzen Abriss des klinischen Verlaufes und des anatomischen Befundes der unter 4 und 5 klassificirten Fälle, berichtet dann ausführlicher über 9 einschlägige von ihm selbst beobachtete und behandelte Fälle (2 davon kamen zur Section) und schliesst endlich seine Arbeit mit folgenden Sätzen:

1. a) Es gibt eine Reihe von Fällen, in denen neben leichten Symptomen von Tabes, als Ataxie, mässige Schmerzen, Parästhesien, Schwäche der Sexual-Organe und der Blase, gewisse spastische Erscheinungen, Zittern der Glieder, spontane Bewegungen derselben, Muskelsteifigkeit, Krämpfe, eine gewisse motorische Schwäche vorhanden sind.

b) Und ebenso gibt es eine Reihe von Fällen, in welchen zuerst spasmodische Symptome da waren, an die sich dann eine gewisse Parese, Ataxie, leichte Sensibilitätsstörungen und Blasenschwäche anschlossen.

In beiden Fällen sind die Beine zuerst und hauptsächlich ergriffen.

2. Diese Fälle bilden bestimmte klinische Typen, deren Kenntniss für Prognose und Therapie wichtig ist.

3. Man kann sie vom klinischen Standpunkte aus am besten als progressive spastische Ataxie oder atactische Paraplegie bezeichnen, jedenfalls aber nicht als combinirte Sclerose, da eine solche eben bei den verschiedenartigsten Erkrankungen des Hirns und Rückenmarks gefunden wird.

4. Die typischen anatomischen Veränderungen bestehen in einer Degeneration der Pyramiden-, Kleinhirn- und Vorderseitenstrang-Bahnen sowie der Goll'schen Stränge. Wo die Degeneration primär ist, braucht sie nicht in der ganzen Länge dieser Stränge zu bestehen; auch ist sie dann gewöhnlich am deutlichsten in der Dorsalgegend, wo oft die ganzen Seitenstränge mit ergriffen sind. In andern Fällen kann sich die Degeneration wahrscheinlich aus einer Dorsalmyelitis heraus ausbilden; als dann verläuft die Erkrankung gewöhnlich schneller. In seltenen Fällen hat die typische dreibündliche Läsion Ataxie mit schlaffer Paralyse hervorgebracht.

5. Die Krankheit dauert lange. Sie ist weniger schmerzhaft als die ächte Tabes und ergreift Augen und organische Centren nicht so intensiv als jene.

6. Die Diagnose beruht auf dem gleichzeitigen Vorhandensein von spastischen Symptomen, Ataxie, mässige Störungen der Sensibilität der Blase und der Sexualorgane. Differentiell-diagnostisch kommen in Betracht: ächte Tabes, primäre spastische Paraplegie, gewisse Formen von chronischem Hydrocephalus, Friedreich's hereditäre Ataxie, chronischer Hydrocephalus und Dorsal-Myelitis, namentlich aber transversale Myelitis, als welche nach Verf. manche Fälle von spastischer Ataxie angesehen worden sind. —

In Bezug auf die Behandlung dieser Fälle warnt Verf. vor heissen Bädern und empfiehlt vorher Stützapparate für die Beine vor Allem faradische Ströme von hoher Spannung, in betreffenden Fällen auch antisyphilitische Behandlung. Voigt (Oeynhausen).

---

11) **M. Lunz** (Moskau): Ueber die Affectionen des Nervensystems nach acuten infectiösen Prozessen. (Arch. f. Psych. XVIII. 3 p. 882.)

Indem Verf. zunächst die obengenannten Affectionen nach den einzelnen Krankheiten auf die sie folgen, gemäss eigenen und fremden Erfahrungen behandelt, hebt er besonders einen selbst beobachteten Fall hervor, wo bei einem 17jährigen männlichen Individuum nach einer schweren septisch-gangränösen Rachendiphtherie eine Tabes-ähnliche Erkrankung eintrat. Wahrscheinlich handelte es sich um eine functionelle Störung in den Keilsträngen. Wirkliche Degeneration war jedenfalls auszuschliessen, da unter galvanischer Behandlung bereits nach einigen Wochen Besserung und später vollkommene Heilung erfolgte. —

Ferner theilt der Autor sein Material nach den den Affectionen zu Grunde liegenden vermuthlichen pathologisch-anatomischen Substraten ein, und unterscheidet demgemäss folgende Gruppen:

I. Gruppe: Die Nervenstörungen erscheinen am Ende der Krank-

heit, verschwinden ziemlich schnell bei Hebung der Kräfte. Ursache: Anämie und Erschöpfung der „Nervencentren".

1. und 2. Fall: Paralyse - ähnliche Erkrankungen bei 2 Männern von 42 und 30 Jahren nach Typhus exanthematicus und abdominalis, gehen nach einigen Wochen in Heilung über.

3. Fall: vorübergehende Aphasie, wahrscheinlich auf Ischämie des Sprachcentrums beruhend nach exanthematischem Typhus bei einem 11jährigen Knaben.

II. Gruppe: Die Störungen erscheinen 2—3 Wochen nach Beendigung der Infectionskrankheit, dauern fort trotz der Besserung des Allg.-Befindens, sind aber trotzdem wohl nur functioneller Natur, da sie nach einiger Zeit ebenfalls in Heilung übergehen.

1. Fall: Tabes-ähnliche Affection nach Typhus exanthemat. bei einem 32jährigen Mann.

2. Fall: Epileptoide Krämpfe bei einem 17jährigen Mädchen ebenfalls nach exanthemat. Typhus.

III. Gruppe: Es kommen in Folge des infectiösen Prozesses im centralen oder peripheren Nervensystem entzündliche Veränderungen vor.

1. Fall: Peripherische Nervenentzündung nach Flecktyphus bei einem 16jährigen Knaben. — 2. Fall: Meningitis cerebrospinalis nach Flecktyphus bei einem 12jährigen Knaben. — 3. Fall: Meningitis cerebrospinalis nach Recurrens bei einem 19jährigen Mädchen. 4. Fall: Meningitis spinalis nach Typhus exanthemat. bei einem 20 jährigen Manne. In sämmtlichen Fällen erfolgte Heilung. —

IV. Gruppe: Durch entzündliche Gefässveränderungen in Folge der Infectionskrankheiten entstehen Haemorrhagieen, Thromben und Embolieen im Centralnervensystem.

1. Fall: Hemiplegie und vollständige Aphasie nach Flecktyphus bei einem 28jährigen Manne. — 2. Fall: Hemiparesis dextra nach Typhus bei einem 23jährigen Manne.

Langreuter (Eichberg).

---

12) **Oppenheim** (Berlin): Die oscillirende Hemianopsia bitemporalis als Kriterium der basalen Hirnsyphilis. (Berl. klin. Wochschr. 1887. 36.)

In der Gesellschaft der Charitéärzte am 30. Juni 1887 stellte O. einen 30 jährigen Mann vor, der am 25. Mai in die Nervenklinik aufgenommen worden war. Er klagte über heftige seit Februar bestehende Kopfschmerzen, die periodisch exacerbirten und sich zeitweise mit Erbrechen verbanden, ferner über vorübergehendes Doppeltsehen, Abnahme der Sehkraft auf dem linken Auge, sowie über starkes Durstgefühl. Er gab an 1873 sich syphilitisch inficirt zu haben (Drüsenschwellung). Die Untersuchung ergab: Augenhintergrund normal; beiderseitige Gesichtsfelddefecte, die sich ungezwungen als eine unvollständige bitemporale Hemianopsie auffassen liessen; ferner Diabetes insipidus. Dieser Fall erinnerte den Verf. an einen anderen, den er vor 2 Jahren vorgestellt hatte.

Auch dieser hatte intra vitam von objectiven Symptomen lange Zeit nichts geboten als Polydipsie, Polyurie und eine Hemianopsia bitemporalis; die Autopsie hatte, wie es vorausgesetzt worden war, eine *gummöse*, von den basalen Meningen ausgehende *Neubildung* nachgewiesen, welche das *Chiasma* nervorum opt. umklammert hielt. Damals fiel besonders auf *das überaus wechselnde Verhalten der Hemianopsie*, die in ihren Grenzen stets schwankte, sich in einem Zeitraum von wenigen Tagen vollständig zurückbildete, um bald darauf wieder in die Erscheinung zu treten. Die mikroskopische Untersuchung hatte nun in jenem Falle ein volles Verständniss für den lebhaften Wechsel der Erscheinungen, der ja bis zu einem gewissen Grade überhaupt für die Hirnsyphilis charakteristisch ist, eröffnet. Die Neubildung zeigte sich nämlich überaus reich an Gefässen, deren Wandungen in hohem Grade verändert und deren Lumina durch die Wucherung der Intima sowie durch Thrombenbildung ganz verschlossen oder verkleinert waren. Sie durfte als ein *exquisit schwellungsfähiges* Gewebe bezeichnet werden, das sich zwischen Chiasma und Hirnbasis gezwängt hatte und seine Ausläufer in die Sehnervenfaserung hineinschickte. Die diesem Falle zugehörigen Gesichtsfelder, welche Verf. jetzt veröffentlicht, zeigen einfach von Tag zu Tag wechselndes Verhalten; die bitemp. Hemianopsie wechselt beständig ihre Grenzen.

In dem vorliegenden Falle nun war die Annahme, dass es sich um denselben Vorgang handeln möge, gewiss berechtigt, der Patient erhielt Jodkalium (circa 3 Grm. pro die) mit dem Erfolge, dass die Sehstörung nach 5—6 Tagen fast vollständig geschwunden war, der Kopfschmerz liess nach, die Symptome der Polydipsie und Polyurie verringerten sich von Tag zu Tag, und der Kranke konnte nach 14 Tagen mit ganz normalen Gesichtsfeldern *geheilt* entlassen werden.

Im Laufe des letzten Jahres hatte Verf. Gelegenheit, vier weitere Fälle von *Hirnsyphilis* auf dem Sectionstische zu sehen (drei derselben sind von Siemerling klinisch beobachtet und werden nach genauer Untersuchung publicirt werden), in welchen sich die syphilitischen Producte in derselben Gegend entwickelt hatten und das Chiasma in die gummöse Neubildung geradezu eingeschmolzen schien. Er hält sich für berechtigt, ein werthvolles diagnostisches Kriterium für die so lokalisirte Lues cerebri in der *Hemianopsia bitemporalis fugax* zu sehen. Häufig wird man durch eine genaue und, was besonders zu betonen, durch eine mehrfach wiederholte perimetrische Untersuchung (besonders auch mit Farben) nicht allein eine Localdiagnose gewinnen, sondern auch die syphilitische Natur des Processes erschliessen können.

Bei der Durchsicht der Literatur hat Verf. keine Beobachtung auffinden können, in welcher ein anderer Krankheitsprocess durch Druck auf das Chiasma eine so unbeständige Beschränkung des excentrischen Sehens begründet hätte.

Beachtenswerth ist auch die Combination mit Diabetes insipidus, die auch in einzelnen der von anderen Autoren mitgetheilten Fällen hervortrat. Erlenmeyer.

13) **J. Lewtas** (London): Case of acute ascending paralysis; partial recovery. (Ein Fall von acuter Paralysis ascendens; theilweise Genesung.) (The Lancet. 13. August 1887.)

Diese Form von Motilitätsstörung war zweifellos die Folge von Syphilis, eine Annahme, welche in den Antecedentien des Kranken, in der raschen Besserung unter dem Einflusse einer Quecksilbercur und in dem, was Wunderlich das Vielgestaltete, Verbreitete, Wandelbare in den Erscheinungen nennt, ihre Stütze findet.

So war bezüglich des letzteren Criteriums Anfangs nur der rechte Unterschenkel gelähmt, fehlte ferner das Kniephänomen beiderseits, kehrte zuerst auf der rechten Seite und erst acht Tage später auf der linken zurück, verschonte endlich die Blasen- und Geschwürsbildung die rechte Extremität, nicht aber die linke.

Nach Gowers und Ross können genauere Angaben über diese Paralyse wegen ihres seltenen Vorkommens nicht gemacht werden, sie bemerken jedoch, dass hier die Neigung zu Geschwürsbildung nicht gross und dass auch die Sensibilität nicht erheblich vemindert seien.

Pauli (Köln).

---

14) **J. Ruhemann**: Fall von Ataxie nach Diphtherie bei einem 8jährigen Knaben. (Berl. klin. Wochenschr. 1887. Nro. 49.)

Bei einem 8 Jahre alten Knaben traten nach Ablauf einer leichten diphterischen Halsaffection Accomodationsstörungen, Schluckbeschwerden und Unsicherheit der Bewegungen auf. Bei der Untersuchung ergab sich Ataxie der unteren Extremitäten und des linken Arms, Romberg'sches Phänomen und Fehlen der Kniephänomene bei freiem Sensorium, guter Intelligenz und intakter Sensibilität. Paresen bestanden im Gaumensegel und dem linken Facialis; ausserdem fand sich Muskelunruhe im Gesicht und den Beinen, welche den Eindruck choreiformer Bewegung machte. Leichte Pupillendifferenz. Nach Verlauf von 3 Monaten waren die Ataxie und das Muskelspiel spontan verschwunden, die Patellarreflexe deutlich wieder nachweisbar.

J. Ruhemann (Berlin).

---

15) **Jaccoud** (Paris): Diabète sucré et coma diabétique. (Diabetes mellitus und Coma diabeticum.) (Gaz. des Hôp. 1887 Nro. 114.)

Die erste und häufigste Form des Coma diabeticum kennzeichnen anfänglich Verdauungsstörungen, Erbrechen, Meteorismus, Schmerzen im Abdomen, besonders im rechten Hypochondrium, subnormale Körperwärme, Dyspnoë und cyanotische Farbe der Haut.

Sodann entwickelt sich nach Verlauf von 2—3 Tagen neben allgemeiner Abgeschlagenheit ein somnolenter Zustand, den zuweilen leichte Delirien compliciren und der unter weiterem Abfall der Temperatur (36 und selbst 35,5°) in Coma mit immer letalem Ausgange ausartet.

Zu diesen Merkmalen kommt endlich noch der Geruch nach Aceton den wir in der von diesen Kranken exspirirten Luft meistens und im Urin zuweilen wahrnehmen.

Bei der zweiten Form kündigen Cephalalgie und Vertigo den Eintritt des Coma an. Dasselbe, dessen Genesis körperliche Uebermüdung und Abweichungen vom vorgeschriebenen Regimen begünstigen, erscheint in der Regel nach längerer Dauer des idiopathischen Leidens, besonders wenn die Glycosurie und Polyurie nachlassen, und sucht am meisten heruntergekommene Subjecte heim.

Die von einigen Seiten aufgestellte Behauptung, dass der quäst. Folgezustand in einer Vergiftung durch Aceton seinen Grund habe, findet ihre Widerlegung darin, dass jene Flüssigkeit nicht toxisch wirkt und dass auch andere Krankheitprocesse von Acetonurie begleitet werden. Pauli (Köln).

---

16) **L. Putzel** (New-York): A case of progressive facial hemiatrophie. (The Medic. Record 16. April 1887.)

Der Fall begann im Gegensatze zu den meisten bisher bekannt gemachten (einige 70) nicht mit Pigmentflecken in der Haut der atrophirenden Gesichtshälfte. Im Uebrigen bietet er nicht besoderes Bemerkenswerthes. Voigt (Oeynhausen).

---

17) **William Browning** (Brooklyn): The early treatment of pressure — paralysis of the medial nerve. (Die frühzeitige Behandlung der Drucklähmung des n. radialis.) (The Medic. Record 16. April 1887.)

Nach Verf. ist die Drucklähmung des n. radialis dann verhältnissmässig leicht zu heilen, wenn man sie gleich in den ersten Tagen zur Behandlung bekommt. Alsdann findet man nämlich in den meisten Fällen bei Abtastung des Nerven an der Rückfläche des Oberarmes eine empfindliche Stelle, wahrscheinlich der Sitz einer entzündlichen Störung des Nerven. Lässt man hier Gegenreize einwirken, so pflegt es oft nicht zu hartnäckiger Lähmung zu kommen, namentlich wenn man im weiteren Verlauf noch abwechselnd heisse und kalte Douchen, Massage und den faradischen Strom anwendet.

Voigt (Oeynhausen).

---

18) **G. Burckhardt**: Contribution à l'étude de l'hysterie traumatique. (Ein Beitrag zur traumatischen Hysterie.)

(Révue médicale de la Suisse romande. Nro. 12. Dezember 1886.)

Die 1874 geborene Kranke war im September 1883 auf's rechte Knie gefallen und hatte sich dabei einige Hautabschürfungen zugezogen. Nach einigen Wochen Anschwellung des Knies, Aufnahme in's Spital (Synovitis traumatica), nach 25 Tagen geheilt entlassen. Bald darauf allmählich zunehmende Schmerzhaftigkeit des rechten Knies bei jeder Bewegung, Gefühl von Ermüdung und Spannung in den Muskeln des Beins. Zunahme der Symptome, Contractur des Kniegelenks. Die gleichzeitige Contractur des rechten Ellenbogens und Tendenz des r. Auges sich zu schliessen verschwanden spontan und recidivirten nicht. Im August 1885 Extension des Kniegelenks in der Narkose ohne Schwierigkeit, doch kehrt die Contractur trotz Ex-

tensionsapparate sofort wieder. Im Februar 1886 ergab die Untersuchung: Hyperästhesie der Haut von der r. Lendengegend abwärts bis zum Fuss, am stärksten ausgeprägt um das Knie herum, an den Schenkeln umschriebene Bezirke mit normaler Sensibilität. Hyperalgesie der inneren Seite des Kniegelenks, in der Ruhe keine Schmerzen. Contractur des Kniegelenks im rechten Winkel, active und passive Bewegung unmöglich. Kniegelenk in seiner ganzen Umgebung geröthet, warm, jedoch nicht an Umfang dicker wie das linke; Unterschenkel und Fuss bläulich, kühl. Keine Atrophie der Muskeln.

Faradisation des Cruralis und lauwarme Douchen brachten innerhalb 14 Tage Contractur und Hyperalgesie zum Schwinden. Eine 4 Tage nach der Entlassung auftretende 24 stündige Retentio urinae, verursacht durch Anaesthesie der Blase, verschwand nach Katheterismus.

Am 4. Juli neues Trauma durch Einklemmen des r. Unterarms zwischen die Flügel einer Thür. Am 3. Tage Unvermögen den r. Arm zu bewegen; Aufnahme in's Spital 8 Tage nach dem Ereigniss. Leichte streifenförmige Sugillationen am Unterarm, keine tiefere Verletzung. Verlust der Sensibilität der r. Hand; Unvermögen den r. Arm willkürlich zu bewegen. Der Arm hängt schlaff herab, setzt passiven Bewegungen keinen Widerstand entgegen. Bläuliche Verfärbung und Kälte an der Hand, Radialpuls rechts schwächer als links. Faradische Erregbarkeit normal. Verf. erklärt die Erscheinungen nach dem ersten Trauma als Reflexvorgang, ausgehend von den durch den Fall erschütterten tieferen sensiblen Nervenfasern, die von den inneren Parthien des Kniegelenks zum Rückenmark ziehen und deren Erschütterung Störungen in den Gefässverhältnissen, der Ernährung und der Secretion jener Theile bewirkte.

Die erhöhte Erregbarkeit der erwähnten Nervenfasern theilt sich den mit ihnen im engen Zusammenhange stehenden motorischen Fasern mit, die diesen Reiz, nachdem der Process eine gewisse Intensität gewonnen hat, um die Widerstände zu überwinden, mit der Contractur beantworten.

Die Localisation der nach dem zweiten Trauma auftretenden Störungen verlegt Verf. in die Hirnrinde. Das schädigende Moment, das die Lähmung des Armes und die Anaesthesie der Hand hervorgebracht hat, ist der psychische Chok. Dass es sich in diesem Falle um eine Monoplegie handelt, resultirt aus der Verletzung, die den Arm betraf. Denn wie sich in der Hypnose isolirte Lähmungen und Anaesthesien durch Reiben der Haut einer umschriebenen Körperregion erzeugen lassen, so hat die Einklemmung des Armes die Schreckwirkung auf die Region der Hirnrinde concentrirt, die der sensibel-motorischen Region der oberen Extremität entspricht. Die Kranke ist jetzt völlig geheilt. Unter Anwendung leichter faradischer Ströme besserte sich die Sensibilität wenig, dann kehrte die Anaesthesie wieder und stieg an Intensität abnehmend bis zum Ellenbogen. Trotz Aussetzens der electrischen Behandlung stellte sich die Motilität vom Stamm zur Peripherie fortschreitend wieder her und mit ihr kehrte die Sensibilität zurück. Holtermann (Sachsenberg).

19) **P. Marie:** Note sur l'étiologie de l'épilepsie. (Bemerkung über die Aetiologie der Epilepsie.) (Le Progrès médical. 1887. 44.)

Verf. konnte in den meisten Fällen von idiopathischer Epilepsie, sei es, dass dieselbe in der zweiten Periode der Kindheit oder im Jünglingsalter auftrat, nachweisen, dass dem Eintritt der epileptischen Anfälle längere oder kürzere Zeit Convulsionen vorausgegangen waren, welche sich bis zu dem betreffenden Zeitpunkte des Auftretens der Anfälle nicht wiederholt hatten. Die idiopathische Epilepsie ist keine eigene Krankheit sondern nur ein Symptom wie die partielle und die symptomatischen Epilepsien. Die Ursache des Processes, dessen Symptom die Epilepsie ist, tritt stets von aussen an das Individuum heran und zwar nach dessen Zeugung; so kann ein Kind wohl epileptisch geboren werden, wenn die betreffende Schädlichkeit es während des intrauterinen Lebens traf, aber es kann nicht epileptisch erzeugt werden, ausgenommen, wenn es sich um hereditäre Syphilis handelt. Die Ursachen sind in den meisten Fällen Allgemeinerkrankungen namentlich fieberhaften Characters. Für die im späteren Lebensalter auftretende Epilepsie gilt dasselbe; Syphilis und Puerperium sind hier die hauptsächlichsten ursächlichen Momente. Die Frage der Erblichkeit beantwortet M. dahin, dass neuropathische Belastung allein nicht im Stande ist, Epilepsie zu erzeugen, sie kann nur praedisponirend den geeigneten Boden schaffen, auf dem unter Einfluss einer Allgemeinerkrankung, die primär oder secundär auf die nervösen Centralorgane einwirkt, Epilepsie sich entwickelt.

Holtermann (Sachsenberg).

---

20) **H. Schlöss** (Wien): Ein Beitrag zur Lehre der sogenannten Reflexepilepsie. (Wien. med. Wochenschr. 1887. Nro. 48.)

Ein 13 jähriger Knabe stürzte von einem Leiterwagen und brach sich das rechte Schlüsselbein. Die Fractur heilte mit Verschiebung der Bruchenden. 3 Jahre später bekam er den ersten epileptischen Anfall mit deutlicher von der Bruchstelle ausgehender Aura. Die Anfälle wurden späterhin recht häufig, erfolgten aber immer auf dieselbe Aura. Während einer Behandlung mit Tagesdosen von 8 Gramm Bromkalium hatte er noch immer 2 bis 4 Anfälle täglich.

Es lag nahe anzunehmen, dass es sich um Reflex-Epilepsie handle und zu hoffen, dass dieselbe nach einer entsprechenden Operation aufhören werde. Es wurden desshalb die beiden Bruchenden resecirt — 3 Jahre nach dem ersten Anfall. Schon am Tage nach der Operation erfolgte ein neuer Anfall, an beiden darauffolgenden je 3 Anfälle und an den nächsten 1 bis 2, trotz Behandlung mit Chloralhydrat. Die Aura ist nur in soferne geändert, dass die früher dabei vorhandenen Schmerzen aufhörten.

Es fanden sich aber Umstände, die den Misserfolg erklärten. Er war nicht frei von hereditärer Belastung. Sein Vater und dessen Bruder waren Potatoren, der letztere starb an Apoplexie, eine Schwester derselben war „kopfkrank". Der Kranke selbst hatte allerlei Degenerationszeichen, einen kleinen Schädel, vorspringende Nase, abstehende

Ohren und die oberen Eckzähne über der Zahnreihe entspringend und nach vorne gerichtet. Als Kind litt er an Fraisen. Man muss also wohl annehmen, dass das Trauma einen schon veranlagten Menschen betroffen hat und mehr als Veranlassung, denn als Ursache wirkten.

Krueg (Oberdöbling bei Wien).

---

21) **James More** (Rothwell, Northamptonshire): Morphinomania.
(The Lancet. 16. Juli 1887.)

Indem die Einverleibung kleiner Dosen Morphium, Alcohol, und anderer Stimulantien die peripheren Gefässe constringirt, hat dieselbe, wenn grössere oder wiederholt gereichte kleinere Gaben in Frage kommen, eine gegentheilige Wirkung, die sich allmählig bis zur Lähmung jener Gefässe steigert.

Besonders sind es die Venen des Unterleibs, die vermöge ihrer bedeutenden Dilatation mehr — für die Zwecke der Ernährung unbrauchbares — Blut aufnehmen und so der Entstehung der allgemeinen Anämie am meisten Vorschub leisten.

Hieraus ergibt sich behufs Beseitigung der aus einem solchen Missbrauche hervorgegangenen Zustände die Indication, der erwähnten Circulationsstörung in wirksamer Weise entgegenzutreten.

Am meisten eignet sich hierzu nach M. das Nitroglycerin, eines der besten Herztonica, und zwar Angesichts der grossen Erschöpfung des vasomotorischen Centrums in Verbindung mit Strychnin, Ergotin oder kleinen Dosen Digitalis.

Pauli (Köln).

---

22) **Geo. H. Savage** (London): Alternation of neuroses. (Alterniren von Neurosen.) (The journ. of mental science Januar 1887.)

Verf. bespricht, ohne, wie er voraus bemerkt, etwas neues bringen zu wollen, die unerklärte Erscheinung des Alternirens von Neurosen, wie Migräne, Geistesstörung, Asthma, Epilepsie u. s. w. unter einander oder mit andern nicht rein neurotischen Symptomen wie Diabetes, Gicht, Rheumatismus, oder Hauterkrankungen.

Matusch (Sachsenberg).

---

23) **Harald Höffding** (Kopenhagen): Psychologie in Umrissen auf Grundlage der Erfahrung. Uebersetzt von F. Bendixen.
(Leipzig, Fues 1887, 463 Seiten, 8 Mark.)

Man gewöhnt sich in Deutschland allmählich daran, die Psychologie den Naturwissenschaften zuzurechnen. Sie wird heut als Experimentalwissenschaft in den Universitäts-Laboratorien getrieben; und seit ein Schüler W. Wundts eine neue Richtung der Psychiatrie lehrt, wird man sich daran gewöhnen müssen, der Psychologie einen breiten Raum im Arsenal der Psychiatrie einzuräumen. Um so dringender macht sich das Bedürfniss nach einer kurzen und doch erschöpfenden Gesammtdarstellung des heutigen Standpunkts psychologischer Forschung geltend. Wundts grosses Werk wird dem Anfänger in der Psychologie schwerlich empfohlen werden können, und an populären

Darstellungen seiner Doctrin, wie sie in andern Sprachen neuerdings von Richet, Sergi und Buccola gegeben worden sind, fehlt es uns ganz. Höffdings Buch will weder ein Résumé der heutigen Psycho-Physiologie, noch etwa speziell Psychologie für Psychiater geben, und doch erfüllt es, neben vielen anderen, auch diese beiden Zwecke in glänzendster Weise. H. ist durch seine früheren philosophischen Arbeiten, von denen mehrere theils ins deutsche übersetzt, theils von vornherein in den deutschen Journalen puplicirt sind, in Deutschland rhümlichst bekannt. Die vollendete Beherrschung der einschlägigen physiologischen Literatur Deutschlands geht aber Hand in Hand mit einer ganz besonderen Kenntniss der modernen englischen Psychologie und Psycho-Physiologie, und man darf als eine der Wirkungen von H.'s Arbeit erwarten, dass die englischen Forscher bei uns etwas besser gekannt und eingehender gewürdigt werden, als dieses bisher der Fall gewesen ist. Steht doch die heutige experimentelle Psychologie Frankreichs ganz auf den Schultern der englischen Forschung, nicht zu ihrem Nachtheil.

Wenn die Psychologie noch nicht ganz und gar auf den Ergebnissen objectiver Ermittelungen fusst, so theilt die Psychiatrie dies Schicksal. Die innere Wahrnehmung psychischer Vorgänge wird für den Psychiater bis auf weiteres wohl auch noch ihre Bedeutung behalten bis es uns gelingt, Gesichts- und Gehörshallucinationen nach aussen zu projiciren oder wie sonst objectiv darzustellen. Es wird das oft vergessen, und es ist doch wichtig, auf die Gemeinsamkeit dieser Quelle für Psychiatrie und Psychologie gelegentlich hinzuweisen. Eine Discussion der Methode der Psychologie bildet den ersten der 7 Abschnitte des Buchs. H. geht in dieser Darlegung von der allmählichen Entwicklung des fundamentalen Gegensatzes einer inneren und äusseren Welt bei kleinen Kindern aus, speziell mit Rüchsicht auf die Beobachtungen Kussmaul's und Vierordt's. Dieser Gegensatz in unserer Wahrnehmung berechtigt aber nicht zur Annahme einer immateriellen Seelensubstanz; „die Psychologie, so wie wir dieselbe auffassen, ist insofern eine „Psychologie ohne Seele", als sie nichts über das absolute Wesen des Seelenlebens aussagt"? (p. 17). Die innere Wahrnehmung bietet freilich viele Schwierigkeiten. Ein Bewusstseinszustand lässt sich nicht isoliren, seine innere Beobachtung bedingt an sich schon das Auftreten einer modificirenden Unterströmung, und die nachträgliche Analyse der Erinnerung hat es nicht mehr mit dem eigentlichen Object der Untersuchung zu thun; individuelle Unterschiede trüben ferner die Auffassung typischer Vorgänge; die Rückführung der Einzelerscheinung auf ihre Elemente hängt zudem von der Vorstellung ab, die wir uns von den Elementen des psychischen Lebens gemacht haben. Den Fortschritt von der rein qualitativen Analyse, wie die innere Wahrnehmung sie ermöglicht, hat erst das psychophysische Experiment ermöglicht; die quantitativen Beziehungen zwischen der Stärke des Reizes und der der Empfindung constituiren das einer mathematisch-physikalischen Behandlung fähige Gebiet der Psychologie. Die streng psychologische Forschung findet ihre Grenze

an der des Bewussten; hier beginnt die Domäne der Physiologie, und die Biologie zeigt das Bewusstseinsleben als den höchsten Punkt organischer Entwicklung. Neben der Nervenphysiologie und Sinnesphysiologie ist auch die Lehre von den Geisteskrankheiten eine wichtige Hilfsquelle zu psychologischer Einsicht. Wenn die physiologische Analyse nun für die dem Bereiche des Unbewussten angehörenden Nervenfunctionen die Giltigkeit des Gesetzes von der Erhaltung der Energie nachgewiesen hat, so fehlt uns noch etwas für die Ausdehnung dieses Satzes auf die bewussten psychischen Erscheinungen. H. untersucht dieses Verhältniss im zweiten Abschnitt (Seele und Körper) und gibt dabei eine kurze, treffende Skizze der Lokalisation der Hirnfunktionen. Als die drei Hauptcharacteristica des Bewusstseinslebens erklärt er sodann 1) *Veränderung* und *Gegensatz* als Bedingung für das Entstehen *der* einzelnen Bewusstseinselemente, 2) *Bewahren*, *Wiedererzeugen* und wechselseitige Verknüpfung früher gegebener Elemente, und 3) die innere Einheit des Wiedererkennens. Die formelle Uebereinstimmung und der reale Zusammenhang zwischen Bewusstseinsleben und Hirnleben erlaubt nicht die Annahme eines Punktes an dem der physiologische Process durch einen heterogenen psychologischen unterbrochen würde; alle Thatsachen deuten auf eine zu Grunde liegende Identität.

So lange man die Psyche nur durch die Bewusstseinsäusserungen kennt, umfasst ihr Gebiet nur wenig; Nervenprocesse, die ohne Bewusstsein ablaufen, sind von den bewussten quantitativ verschieden; der ganze dritte Abschnitt ist der sehr interessanten Darstellung dieses Verhältnisses gewidmet. Den Uebergang zu der speziellen Darstellung bildet der vierte Abschnitt: „Eintheilung der psychologischen Elemente“. Man ist sich nicht immer klar gewesen über den abstracten Character der Distinction zwischen den einzelnen psychologischen Elementen; wenn man Erkennen und Fühlen in einen Gegensatz bringt, so können damit nur Bewusstseins-Zustände mit vorherrschenden Vorstellungselementen Zuständen mit vorherrschenden Gefühlselementen gegenüber gestellt werden. Die für das entwickelte Bewusstseinsleben geltende Dreitheilung in Erkennen, Fühlen und Wollen ist auf niederen Entwicklungsstufen noch nicht anzutreffen, vielmehr zeigen sie sich in Reflexbewegungen, im Instinct noch verschmolzen, und im Kindesalter begünstigt der lebhafte Stoffwechsel des Hirngewebes den unmittelbaren Uebergang von Reizung in Bewegung, und ähnlich zeigt sich dieser Mangel einer Differenzirung psychologischer Elemente unter einfachen socialen Verhältnissen, in denen Triebe und praktische Bedürfnisse vorherrschen und keinen Raum für Entfaltung eines isolirten Gedanken- und Gefühllslebens lassen. Eine der Bedingungen dieser Differenzirung ist ausreichende Zeit; schon die Reflexbewegung braucht mehr Zeit (ca. $^1/_{20}$ Secunde), als die blosse Fortpflanzung der Erregung in der Nervenfaser, was sich bei willkürlichen Bewegungen um den Betrag der sogenannten „Willenszeit“ steigert. Die vollendete Differenzirung bedeutet nun aber nicht die Isolirung eines Elements, sondern nur das Ueberwiegen

desselben in einem jeweiligem Zustande. Ein durchaus gefühlloses Denken existirt nicht, und diese Gefühlsbetonung der Vorstellungen gibt der Erkenntniss, auch der abstractesten und idealsten, ihre treibende Macht, während sich in der scheinbar passivsten Wahrnehmung ein Willenselement als Aufmerksamkeit geltend macht. Auch die elementarsten Gefühlszustände werden erst durch ein unwillkürliches Vergleichen, also ein Element der Erkenntniss, bewusst. Wo ein sehr starkes Gefühl (Freude, Trauer) alles Vorstellen fast verdrängt, stehen wir schon an der Grenze des Bewusstseins. Dem Willen ist stets ein Gefühlselement beigemischt, doch so, dass beide summirt eine constante Grösse bilden, wodurch sie in einem quantitativen Gegensatze stehen. Der Wille, als der Ausdruck psychischer Thätigkeit, ist als ursprüngliche Form des Bewusstseinslebens anzusehen, indem er die zerstreuten Elemente zum Inhalt eines und desselben Bewusstseins zusammenfasst.

H. behandelt nun in den drei letzten, den Haupt-Abschnitten seines Buchs, Erkenntniss, Gefühl und Wollen der Reihe nach.

In der Erkenntniss stossen wir zunächst auf den Gegensatz zwischen Empfindungen, und Vorstellungen. Die Sinnesphysiologie weist für eine grosse Zahl der Empfindungen, die der inneren Wahrnehmung als einfach erscheinen, eine complicirte Zusammensetzung nach; H. erörtert das etwas näher an der Darstellung der so hoch complicirten Tonempfindungen. Entsprechend dem Gesetz der Nervenerregung, nach dem nur discontinuirliche Reize wirken, wird in einer einzelnen Empfindung verknüpft, was physiologisch aus einer Summe elementarer Erregungen besteht. So finden sich an der Grenze des Bewusstseins Spuren einer Arbeit, die zwar unterhalb des Bewusstseins abgelaufen, doch den das Bewusstsein beherschenden Gesetzen unterworfen ist. Die Schwelle des Bewusstseins hebt oder senkt sich, je nach dem Gegensatz zu vorhergehenden oder gleichzeitigen Eindrücken, oder mit der Uebung und Angewöhnung. An die quantitative Erforschung des Verhältnisses, in welchem die Wirkung eines Reizes durch die vorher empfangenen Reize bestimmt wird, knüpft sich das Hauptproblem der psychologischen Forschung. Wie sich nun auch die specielle Formulirung dieses Problems einmal gestalten wird, es bleibt das Gesetz bestehen, „dass jede Empfindung bedingt ist durch das Verhältniss zu dem, was sich vorher oder gleichzeitig geltend macht“. Man kann also das Bewusstsein nicht mit einer Summe einfacher, von einander ganz unabhängigen Empfindungen auflösen. (Gesetz der Beziehung [W u n d t]). „Gleich von der Geburtsstunde der Empfindung an werden ihre Existenz und ihre Eigenschaften durch ihr Verhalten zu anderen Empfindungen bestimmt.“ Dies Beziehungsgesetz ist ein Analogon des Gesetzes der Nervenerregung.

Die nähere Ausführung dieses auch für die Sinnesphysiologie eminent wichtigen Gesetzes, und die Auseinandersetzung H ö f f d i n g s mit anderen Anschauungen über diesen Punkt (F a c h n e r, S t u m p f) verdient ein besonderes Interresse, kann aber hier nur gestreift werden.

In dem Gesetz der Beziehung findet sich nun schon die nahe

Verwandtschaft zwischen Empfindung und Denken angedeutet, in dem Act der Beziehung liegt ein elementares Vergleichen. Dass Empfindungen ihre Quelle nicht nur in der Aussenwelt, sondern auch in intracerebralen Vorgängen haben, zeigen die Innervationsempfindungen, und bei fast allen Sinnesempfindungen spielen Bewegungsempfindungen aus zur Wahrnehmung erforderlichen Muskelactionen (Accomodation, Inspiration, Kauen) eine erhebliche Rolle, und verschmelzen mit den ersteren. Ein unwillkürliches Suchen, eine Accommodation bedingt den Character der Empfindungen und repräsentirt die primitivste Form der Aufmerksamkeit, die sich noch bei des Grosshirns beraubten Thieren findet.

H. wendet sich nun zur Lehre von der Vorstellung, und Ref. möchte den psychiatrischen Lesern in diesem längsten Capitel des Buchs besonders die Behandlung der Erinnerungsbilder und Hallucinationen sowie die der Gesetze der Vorstellungsverbindung (Ideenassociation) empfehlen. Es braucht kaum näher darauf eingegangen zu werden, wie wichtig die Associationspsychologie für eine Reihe bedeutender psychopathischer Erscheinungen, wie die Theorie der Zwangsvorstellungen, der Ideenflucht, der Genese aller Wahnideen,*) ist.

H. ist für die Behandlung der Vorstellungsverbindungen um so competenter, als er ein ausgezeichneter, vielleicht der beste Kenner der modernen englischen Psychologie ist, in der die Analyse der Ideenassociation eine so ausserordentlich bedeutende Rolle spielt. Psychiatrisch wichtig scheint dem Ref. auch H.'s Auffassung von der psychologischen Bedeutung der Sprache. Auch die Darlegung der „Gesetze des Vergessens" wird sich psychiatrisch unmittelbar verwerthen lassen, besonders für die entsprechenden Erscheinungen bei Paralytikern, ebenso wie der Abschnitt über die Auffassung der Zeit und die Unsicherheit in der Schätzung der Zeit eine Reihe von Thatsachen und Gesetzen bringt, die für die Erinnerungstäuschungen der Paranoiker von Bedeutung sind, während die Behandlung der Auffassung des Raums — die bekanntlich bei Geisteskranken nur selten specifisch geändert ist**) — ganz besonders von physiologischem Interesse ist.

Bei dem in diesen Blättern zur Verfügung stehenden Raum ist es nicht möglich, dem Autor weiterhin Kapitel für Kapitel zu folgen. Es soll nur noch besonders auf den VI. Abschnitt, die Psychologie des

---

*) Für die Pathogenese der Wahnideen ist besonders S. 200 f. zu vergleichen, wo entwickelt wird, wie Stimmungen, Triebe und die Einwirkung des Interesses die Wahl der Association unter den möglichen Vorstellungen bedingen und wie die Verbindung zwischen Gefühl und Vorstellung, tiefer liegt, als die Verbindung zwischen den Vorstellungen untereinander. Man vergleiche mit dieser Auffassung die herkömmliche Ableitung der Wahnideen des Melancholischen, Maniakalischen etc. aus Erklärungsversuchen für seine Gemüthsstimmung (vgl. Schüle's Handbuch. 2 Aufl. p. 69 ff.).

**) Ref. denkt dabei nicht an die so häufig modificirte Auffassung der Oertlichkeit.

Gefühls und innerhalb desselben auf das Capitel über die Physiologie und Biologie des Gefühls hingewiesen werden, in dem die physiologische Theorie der Affecte in glänzender Weise entwickelt wird. Der vorausgehende Abschnitt über das Gemüth (egoististisches und sympathisches Gefühl) leitet die ethischen Gefühle aus den egoistischen durch das Gesetz des Vergessens ab. „Eine Vorstellung, die das Entstehen einer anderen Vorstellung veranlasst hat, kann selbst verschwinden, so dass diese andere Vorstellung unmittelbar und allein Wirkung erlangt . . . . . Das Gefühl hat sich vom Zweck aufs Mittel übertragen, oder besser, es hat das Mittel zum Zweck gemacht. So werden auch Personen und Dinge, welche anfänglich nur weil sie Lust verursachten, Objekte der Freude und Liebe waren, unmittelbare Objecte dieser Gefühle werden können. Wir lieben sie um ihrer selbst willen, indem wir das ursprüngliche „warum?“ vergessen haben“.

In einem besonderen Abschnitt über den anspornenden und anregenden Einfluss des Gefühls geht H. übrigens noch speciell auf die Pathogenese der Wahnideen ein (p. 387 ff.).

Ref. versagt sich ein näheres Eingehen auf den Schlussabschnitt des Buchs, die Psychologie des Willens, nachdem er Gelegenheit gehabt hat, den Standpunkt des Psychiaters dieser Darstellung des Gesammtgebiets der Psychologie gegenüber geltend zu machen.

Die Darstellung ist überall ein Muster von Klarheit, und die schöne und einfache Sprache des dem Refer. vorliegenden dänischen Originals hat in der Uebersetzung nicht viel verloren, abgesehen von einzelnen den Nichtdeutschen verrathenden Constructionen und syntaktischen Versehen des Uebersetzers, die das Verständniss jedoch nirgends beeinträchtigen. Kurella (Owinsk).

---

24) **A. D. Rockwell** (New-York): On the dosage of the galvanic current. (Ueber die Dosirung des galvanischen Stromes.)

(The Medic. Record 4. Juni 1887.)

Verf. beschreibt zunächst ein neues, verbessertes Milliampèremeter das $^1/_{10}$—500 Mill. zu messen gestattet und bei welchem das so unangenehme Osciliren der Nadel dadurch auf ein Minimum (2—3 Oscill.) herabgedrückt wird, dass die Nadel in einem cylindrischen Kupferstück von 3 mal grösserem Durchmesser aufgehängt ist. (Der im Kupfer durch die Schwingungen der stark magnetischen Nadel entstehende inducirte Strom hält die Nadel an). Alsdann verbreitet er sich über den Nutzen eines solchen Strommessers, namentlich für den Anfänger (er als alter Practiker habe allerdings seit Benutzung desselben grössere Erfolge, als früher, auch nicht zu verzeichnen), bespricht den Nutzen des Rheostaten und empfiehlt dann, jetzt im Gegensatze zu seinen früheren Auslassungen, zur Galvanisirung des Gehirns mit stärkeren Strömen, als sie in Deutschland angewendet werden; er nimmt statt 5—6 Mill. mindestens 20 Mill. — eine Stärke, welche er z. B. bei Fixirung einer sehr grossen Electrode auf dem Kopfe, einer zweiten ähnlich grossen auf den plex. solar. mit 18 Leclanché-Elementen erreicht.

Letztere Behandlungweise empfiehlt er namentlich gegen Epilepsie (15—40 Mill.) und Chorea; betrifft letztere Kinder unter 12 Jahren, so geht er nicht über 15—20 Mill. hinaus. Im Uebrigen warnt er in allen diesen Fällen natürlich vor plötzlichen Stromunterbrechungen, da danach mehrere Male eine bedeutende Verschlimmerung der Erkrankung resp. sofortiges Auslösen von Konvulsionen etc. beobachtet wurde. — Gegen Morb. Basedow., bei welcher der wichtigste Angriffspunkt in der fossa auricul.-maxill. unmittelbar unter dem Ohrläppchen liege,' dürften, da man hier nur kleine Electroden gebrauchen könne, nur Ströme von 5—7 Mill. angewandt werden; allmählich solle man dann mit der einen Electrode an dem einen Rande des Sternocleidomast. herabgehend, die andere weit grössere auf den 6. Halswirbel aufsetzend den Strom auf 20—30 Mill. steigern; — der Erfolg sei meist ein vorzüglicher. — Bei Neuralgien des Gesichtes und Kopfes nützten schon 5—10 Mill., gegen Ischias dagegen am besten solche von 40—50 und noch mehr Mill. — In Fällen von Paralyse sei die richtige Dosirung oft schwierig; namentlich in den Fällen, wo der Nerv durch den faradischen Strom nicht mehr erregt werden kann, während die galvanische Reaction der betreffenden Muskeln eine gesteigerte sei: hier seien stärkere oder unterbrochene galvanische Ströme oft gerade zu gefährlich und gewöhnlich nur milde, continuirliche von 7—15 Mill. brauchbar. Solche nicht unterbrochenen, aber stärkere galvanische Ströme seien auch gegen Poliomyel. anterior. infant. und adultor. (15—20 und 25—30 Mill.) anzuwenden; und ähnliches gelte von hemiplegischen Lähmungen wo durch zu starke galvanische und farad. Ströme ebenso wie durch unterbrochene galvanische leicht Schaden geschehen könne. In gewissen Fällen von Neurasthenie, Hysterie, Melancholie endlich sei, ähnlich wie bei der Epilepsie und Chorea die centrale Galvanisation (die Helmartige, fast den ganzen Schädel bedeckende und in Folge guter Fütterung genau anschliessend, aus Drahtgewebe bestehende positive Electrode auf den Kopf, die gleichfalls sehr grosse negative auf die Gegend des Plex. sol.) mit 5—40 Mill. von grossem Nutzen.

Was die electrische Behandlung gewisser gynäcologischer Fälle betrifft, so wirken nach Verf. auch hier stärkere und verhältnissmässig kurze Ströme besser, als schwache und lang einwirkende.

Voigt (Oeynhausen).

---

25) **S. G. Weber:** Concerning some hypnotics. (Ueber einige Schlafmittel.) (Boston Medic. and Surgic. Journ. 14. Oktober 1886.)

Paraldehyd ($2^1/_2$—$5^1/_2$Gramm) verdient den Vorzug vor Chloral da seine unmittelbaren Folgen (Kopfschmerz etc.) weniger unangenehm sind; der einzige Vorwurf, der ihm zu machen, ist sein schlechter Geruch, der sich auch dem Athem mitzutheilen pflegt, und sein Geschmack. *Urethan* ist weit angenehmer zu nehmen, wirkt aber viel unsicherer. *Hyoscin. hydrobrom.* nützt einer grossen Anzahl von Kranken, schmeckt und riecht nicht schlecht, macht erfrischenden und natürlichen Schlaf, hat aber zuweilen unangenehme Nachwirkungen und

scheint seine schlafmachende Kraft im Wiederhohlungsfalle leichter zu verlieren als Urethan uud Paraldehyd. *Hypnon* riecht stark nach bittern Mandeln, macht guten Schlaf, versagt aber seine Dienste weit öfter, als die vorigen. Voigt (Oeynhausen).

---

26) **Conolly Norman**: Cases illustrating the sedative effects of aceto-phenone (hypnone). (Die sedative Wirkung des Hypnons mit Krankheitsgeschichten.) (The journal of ment. science. Januar 1887.)

Verf. hat das Hypnon rein ohne Zusatz subcutan angewandt, um die nachtheilige Wirkung auf die Verdauung zu vermeiden. Nach seinen Erfahrungen ist die Anwendung schmerzlos, ohne üble Nebenwirkungen, stört die Verdauung nicht und erzielt Schlaf ohne folgenden Kopfschmerz. Die besten Erfolge scheint es ihm bei periodischer Erregung mit Schlaflosigkeit zu haben. Die Ansicht, das N. die Nieren reize, hat sich in seinen Fällen nicht bestätigt.

Matusch (Sachsenberg).

---

27) **H. Berger**: Ueber einen Fall von Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen bei einem zehnjährigen Kinde.
(Arch. f. Psych. XVIII. 3. p. 872.)

Ein hereditär stark belastetes und verkehrt erzogenes Mädchen intelligent und körperlich gesund, erkrankte ohne vorangegangene psychische Störungen im 10. Lebensjahr plötzlich und zu wiederholten Malen an *Zwangsvorstellungen* mit melancholischer Gemüthsverstimmung. Das Kind hatte die unabweisbaren Gedanken: es müsse die Mutter tödten, oder die Mutter müsse anderweitig sterben. Diese periodisch auftretenden Ideen verschwanden jedesmal rasch wieder, ohne in den freien Intervallen irgend ein abnormes psychisches Verhalten zu hinterlassen. Erst nach einigen Monaten traten *Zwangshandlungen* bestehend in Grimmassiren und andern unwillkürlichen Bewegungen hinzu. Nach Aufenthalt in einem Luftcurorte und milder Kaltwasserbehandlung wurden auch letztere Symptome gehoben, trotzdem hält Verf. bei der ausgesprochenen hereditären Belastung der Pat. die Prognose für zweifelhaft und den Eintritt von Recidiven für wahrscheinlich. — Die Gelegenheitsursache der ganzen Erkrankung wurde wahrscheinlich durch körperliche Ueberanstrengung und starke Gemüthserregung gegeben. — Bezüglich der psychischen Behandlung derartiger Zustände warnt der Verf. vor strengen Ermahnungen, häufigem Zureden und unangebrachten Strafen.

Langreuter (Eichberg).

---

28) **James D. Munson** (Michigan): Hallucinations and Illusions of the Insane. (Americ. Journ. of Insanity. Januar 1887.)

Der Aufsatz enthält in der Hauptsache einen Bericht über die an 1339 Kranken gemachten Beobachtungen. 381 derselben zeigten Hallucinationen oder Illusionen. Verf. gibt eine Schilderung der verschiedenen von ihm beobachteten Arten von Sinnestäuschungen. Nach

seinen Erfahrungen kämen Hallucinationen besonders häufig bei Paralyse vor, was ihm wiederum ein Beweis dafür ist, dass die Hallucinationen corticalen Ursprungs seien. Auch hat er die Ansicht gewonnen, dass die Eingeborenen Geisteskranken weniger an Sinnestäuschungen leiden, als die Eingewanderten.

Karrer (Klingenmünster).

---

29) **W. Fisher** (Boston): Two unique cases of insanity possibly epileptic. (Zwei einzigartige Fälle von Irrsinn, möglicherweise Epileptiker.) (American Journal of Insanity. Januar 1887.)

Unter obigem Titel besprach Verf. in einem Bostoner medizinischen Vereine folgende Fälle. Im ersten handelte es sich um einen erblich belasteten jungen Mann von 23 Jahren, welcher nach dem Zusammentreffen verschiedener Gemühtsaufregungen an psychischer Verstimmung und Sinnestäuschungen litt. Im weiteren Verlaufe traten in mehrwöchentlichen Zwischenräumen heftige Krampfanfälle theils Opisthotonus, theils Emprosthotonus auf, wobei der Kranke bewusstlos war. Nach etwa 6 monatlicher Krankheitsdauer konnte der Kranke geheilt entlassen werden. (Die Anfälle können ebensowohl als hysterische wie als epileptiforme aufgefasst werden. Ref.)

Im zweiten Falle handelt es sich um eine 41 Jahre alte Frau, bei welcher eine ungemein starke Familiendisposition für Geistesstörung vorhanden war.

Dieselbe litt nach der gegebenen Schilderung entschieden von Jugend auf an Epilepsie; in den letzten Jahren trat Geistesstörung ein. Interessant war, dass die Kranke an einseitigen Sinnestäuschungen litt; und zwar rechtsseitigen Gesichts- und linksseitigen Gehörstäuschungen.

„Einzigartig" sind die Fälle nicht. (Ref.)

Karrer (Klingenmünster).

---

30) **C. B. Burr** (Michigan): The insanity of Pubescence. (Das Pubertätsirresein.) (American Journal of Insanity. Januar 1887.)

Verf. bringt in der Hauptsache kurz gefasste casuistische Beiträge zum Pubertätsirresein. Es sind darunter Fälle von Psychosen nach geistiger Ueberbürdung, solche mit hysterischen Begleiterscheinungen bei Mädchen in den Entwicklungsjahren und besonders eine Anzahl jugendlicher Kranker mit moralischer Entartung.

Karrer (Klingenmünster).

---

31) **Duncan Greenlees** (Edinburg): Observations with the sphygmograph on asylum patients. (Sphygmographische Beobachtungen an Geisteskranken.) (The journal. of mental u. science Januar 1887.)

In den verschiedenen Formen von Geistesstörung bestätigte sich der Einfluss des Nervensystems auf Herz und Blutcirculation in der Weise, dass nahezu in jedem Falle der sphygmographische Character des Pulses irgend wie vom Normalen abweicht. Bei acuter Manie

und anderen mit psychischer Erregung verbundenen Geistesstörugen sei die Gefässspannung vermindert und der Puls dicrot; werde der Fall chronisch, so erlange der Puls mehr oder minder die gewöhnliche Eigenschaften. Frische Depressionszustände bewirke schwache Systole und ungenügende Arterienfüllung, halte sie länger an oder sei sie mit Stumpfheit oder Stupor combinirt, so werde die Systole wieder kräftiger und die Curve lasse leichte Arterienspannung erkennen. Bei Epilepsie sei geringe Arterienspannung die Regel, im status epilepticus und während der Bewusstlosigkeit im Anfall werde der Puls monocrot oder dicrot, weich, klein, celer und frequent, wie beim Coma aus anderen Ursachen. Bei progr. Paralyse variire der Puls mit den Krankheitsstadien, im ersteren sei die Systole kräftig aber plötzlich, die Arterienspannung gering, die Descendenzlinie durch zahlreiche (4—8) Undulationen gekennzeichnet, im zweiten Stadium sei die Spitze der Curve abgerundet oder sonst ausgezogen, die Arterienspannung also deutlich, im letzten Stadium gleiche die Curve mit Schwächerwerden der Systole der des ersten Stadiums. Aus der Curve bei Dementia ergab sich schwache Herzaction und torpide Circulation in Folge ungenügender Gefässausdehnung, die wahrscheinlich auf träge Innervirung zu beziehen sei. Fälle von angeborener Geistesschwäche aus Entwickelungshemmung oder Atrophie haben gespannte Arterien und kräftige Systole, ähnlich wie bei Nieren- oder Gefässdegeneration. Matusch (Sachsenberg).

---

32) **Lloyd Francis**: Two cases of recovery from chronic insanity. (Zwei Fälle von Genesung aus chron. Geisteskr.)
(The journal of. med. science Januar 1887.)

Erzählung zweier anscheinend unheilbarer Fälle, die nach 5 und 6 jährigem Bestehen mit Heilung endigten, der zweite im Anschluss an eine Radiusfractur. Matusch (Sachsenberg).

---

32) **E. van Powell** (Notingham): A case of „uncouscious“ homicidal and suicidal impulse. (Ein Fall von „unbewusstem“ Mord- und Selbstmordtrieb.) (The journ. of ment. science Januar 1887.)

J. Walker, erblich stark belastet, kein Trinker, war im 17. Jahre vorübergehend geistesgestört, erlitt im 21. eine Insolation. Seine Ehe war unglücklich, weil die Frau krank war und oft wochenlang vagabondirte. Als sie ihn eines Tages wieder verlassen hatte, streifte er zwecklos 4 Stunden lang herum, trank dann drei Glas Bier und begab sich nach Hause. Von da ab bis er zwei Stunden später verhaftet wurde, will er sich an nichts erinnern können. Er war in der Zeit in das Schlafzimmer seiner 3 Kinder getreten und hatte dem jüngsten Kinde von drei Jahren mit einem Rasirmesser den Hals durchschnitten. Nach der That hatte er eine Nachbarin mit den Worten alarmirt: „Ich will für das Kind sterben“! dem Polizisten antwortete er barsch, drohte mit dem Messer und rief, er wolle ihm zeigen, wie er es gemacht habe, für „two pins“ könne er dasselbe haben. Später forschte er,

ob das Kind todt sei und geberdete sich verzweifelt. Im Gefängniss äusserte er, er „habe es wegen der Frau gethan“, und alle drei tödten wollen, aber nicht den Muth gehabt. Er zeigte am Halse einen leichten Hautschnitt. Powell fand ihn bei der Exploration 14 Tage nach der That geistig gesund, sprach aber seine Unzurechnungsfähigkeit zur Zeit der Begehung der That aus. Der Fall gehöre unter die von Blouston beschriebenen „Zustände mangelnder Hemmung“. Das Gericht sprach den Angeklagten frei. Matusch (Sachsenberg).

---

34) **A. R. Urguhart** (Perth): Two cases of syphilitic insanity accuiring after alkoholism and presenting paralytic symptoms. (Zwei Fälle von syphilitischer Geistesstörung nach Alcoholismus mit paralytischen Symptomen. (The journ. of ment. science Januar 1887.)

Beide Fälle betrafen verheirathete Männer in mittleren Jahren, die früher Syphilis acquirirt hatten und mit Erscheinung progres. Paralyse zur Aufnahme kamen. Bei beiden erfolgte Genesung bei Darreichung von Jodpräparaten. Die einzelnen Symptome stellt Verf. in folgender Weise znsammen:

1. Fall.	*2. Fall.*
Syphilis vor 8 Jahren. Ein Abortus.	Syphilis von $1^1/_2$ Jahren. Mehrere Aborte.
Delirium tremens kürzlich.	Tremor der Hände.
Intensiver, reccurrirender Kopfschmerz.	Intensiver andauernder Kopfschmerz und Beklopfen des Schädels schmerzhaft.
Pulsverlangsamung.	Pulsbeschleunigung.
Linksseitige vorübergehende Hemiplegie.	Epileptiforme Anfälle.
Argwohnswahn.	Argwohnswahn.
Langsames Denken.	Langsames Denken.
Gutes Gedächtniss.	Schlechtes Gedächtniss.
Acute Manie nach voraufgegangenen nervösen Störungen.	Desgl.
Häsitirende Sprache.	Desgl.
Schluckbeschwerden.	Aphasie.
Parese der Beine.	Parese der Glieder.
Kniephänomen nicht untersucht.	Kniephänomen gesteigert. Fussclonus.
Pupillendifferenz, Lichterscheinungen.	Normale Pupillen, Papille congestionirt.
Urin enthält amorphe Urate.	Polyurie, Incontinenz, Urin eiweiss- und bluthaltig.
Rasches Verschwinden der psychischen Symptome.	Desgl.
Langsames Verschwinden der Lähmung.	Desgl.

Matusch (Sachsenberg).

---

35) **Der vierzigste Bericht der Commissioners in lunacy (1886) for England und Wales** nennt als Gesammtzahl der in Irrenanstalten, Hospitälern, und Arbeitshäusern am 1. 1. 1886 verpflegten Geisteskranken 80,156, davon 36,087 Männer, 44,069 Frauen. Unter diesen s. g. Pensionäre 7,792 (3,068 M., 3,824 Fr.,) Arme 71,663 (31,586 M., 40,077 Fr.,) Criminelle 701 (533 M., 168 Fr..) Die Zahl der Aufnahme während des Jahres 1885 in Irrenanstalten, Hospitälern, Privatanstalten und Privatpflege, ausgenommen Transferirungen und Aufnahmen in Idiotenanstalten, betrug 13354=4,85 zu 10000 Bevölkerung, die Zahl der Genesungen im Verhältniss zu den Aufnahmen 41,99, der Todesfälle zur Gesammtzahl der Verpflegten 9,37 (darunter im Ganzen 14 Selbstmorde). Die Kosten der Verpflegung pro Kopf und Woche in county asylums 8 Schill. $10^1/_4$ d. in borough asylums 9 Schill. $11^7/_8$ d.

In Schottland (28. Jahreshericht der general board of commissioners in lunacy) war die Gesammtzahl aller Verpflegten Irren 10895, dazu 62 in der Irrenabtheilung des Gefängnisses in Perth und 230 Idioten. Verhältnisszahl der Genesungen zu den Aufnahmen in Staatsanstalten 37, in Privatanstalten 50, in Gemeindeanstalten 41, in Abtheilungen der Armenhäuser 7, Verhältnisszahl der Todesfälle zur Gesammtzahl der Verpflegten 8,1; die Kosten pro Kopf und Tag in den öffentlichen Anstalten 1 Schill. $3^1/_4$ d., in Armenhäusern 1 Schill. 1 d.

Für Irland (25. Bericht der inspectors of Irish lunatic asylmus) sind die Zahlen insgesammt 14,279, (7,231 M. u. 7,048 Fr.) Aufnahmen 2850, davon 2240 erstmalige. Der Bericht bemerkt hierbei, ohne Zahlen anzugeben, dass unter den Ursachen häufiger als jemals Nahrungsmangel figurirte. Genesungen 1196, (12% der Gesammtverpflegten, 53% der Aufnahmen) eine Zahl deren Höhe auf Rechnung der Seltenheit der Paralyse in Irland zu setzen sei. Todesfälle insgesammt 856, darunter 4 Selbstmorde. Kosten pro Kopf und Jahr L. 23, 0 Sch. 11 d. Matusch (Sachsenberg).

IV. Aus den Vereinen.

I. Société de Biologie, Paris.

Sitzungen vom 5. II., 26. II., 5. III., 2. IV., 1887. (L'Encéphale 1886. p. 593.)

36) **Déjerine** und **Darkschewitch**: *Nuclear Lähmung des Abducens bei Tabes.*

Bei einem Tabiker entwickelt sich in den letzten Monaten vor dem Tode gleichzeitig mit einer auf multiple Neuritis zurückzuführenden Paraplegie eine totale Lähmung des r. Abducens bei Intactheit des Facialis. Post mortem: Ausgesprochene Atrophie der Wurzelfasern und der Kernzellen des r. Abducens.

37) **Dumontpallier:** *Hypnose und Wehenschmerz.*

Die Analgesie hypnotisirter Kreissender dauert beim Einschneiden des Kopfes nicht fort: sie wäre zu erwarten, wenn man während der Entbindung den „état léthargique" hervorbringen könnte.

38) **Déjerine:** *Paraplegie, multiple Neuritis bei einem tabischen Morphiophagen.*

In dem oben beschriebenen Fall von Abducenslähmung fand sich neben Hinterstrangsclerose Neuritis der vorderen Dorso-lumbar-Wurzeln. Seit 6 Jahren besteht Morphiumsucht. D. glaubt bei den zahlreichen Analogien zwischen Alkoholismus und Morphinismus auch die Neuritis auf eine der Alcohol-Neuritis entsprechende Intoxicationswirkung des Morphium zurückführen zu dürfen.

39) **Arthaud:** *Periphere Neuritis.*

A. hat in allen genauer untersuchten Fällen peripherer Neuritiden spinale Leptomeningitis gefunden; jedesmal waren dabei die hinteren Partien der Rückenmarkshüllen am meisten betheiligt; er sucht daraus die grössere Häufigkeit sensibler Störungen bei Neuritis zu erklären.

40) **Mislawski:** *Einfluss der Hirnrinde auf die Pupillendilatation.*

Sehr schwache Faradisirung gab von allen Gebieten der Rinde Erweiterung der P., nie Verengerung. Die Erweiterung ist schwächer nach Durchschneidung des Halssympathicus oder Extirpation des Gangl. cerv. supremum vor der Reizung. Durchschneidung des Trigeminus unterhalb des Gangl. Gasser. machte die Pupille unerregbar für die stärksten Rindenreize (Versuche an Katzen). Kurella (Owinsk).

II. Académie des Sciences zu Paris.

(L'Encephale 1887. p. 605.)

41) **Letulle:** *Die peripheren Nerven bei Mercurialvergiftung.*

Bei Mercuriallähmungen sind die Sehnenreflexe und die elektrische Erregbarkeit der Muskeln normal, Amyotrophieen fehlen immer. Die Nervenfaser zeigt eine progressive, segmentäre Destruction der Markscheide ohne Kernwucherung, der Axencylinder bleibt meist erhalten.

42) **Rummot Ferrannini:** *Physiologische Schwankungen des Hirnpulses.*

Die Untersuchungen wurden in Fällen von Hirndefect beim Menschen durchgeführt. Hauptresultate waren: die Verstärkung des Hirnpulses während 3—4 Stunden nach den Mahlzeiten, und drei constante Pulsphasen während des normalen Schlafs; während der ersten drei Stunden des Schlafs ist der Puls sehr ähnlich dem der Abendstunden, darauf zeigt sich für 3—4 Stunden eine beträchtliche Verminderung des Gefässtonus, und in den ersten Morgenstunden des Schlafs tritt eine bis zum Erwachen zunehmende Verstärkung des Gefässtonus auf. Im Moment des Aufwachens und einige Minuten darauf tritt eine „spasmodische Periode" ein, bestehend in einer Reihe sehr kleiner und unregelmässiger Pulsationen während sehr kurzer Zeit.

Kurella (Owinsk).

III. Association of American physicians.

2. Jahresversammlung in Washington am 2. und 3. Juni 1887. (The Medic. Record. 18. Juni 1887).

43) **Sequin** (New-York): *A third contribution to the study of localized cerebral lesions.* (Ein 3. Beitrag zum Studium der Localisation von Hirnläsionen.)

1. Fall. Ein 7 jähriger Knabe litt einige Zeit an Taubheitsgefühl in der rechten Hand und mässiger Parese des rechten Arms und Beines; dann traten klonische Krämpfe in der rechten Backe auf und beide Augäpfel wurden nach rechts gedreht; beide Symptome verschwanden nach 2 Stunden. Die Zunge wich beim Herausstrecken nach rechts ab. Dabei bestand weder Aphasie noch Kopfschmerz noch sonst eine andere Organerkrankung. Diagnose: Meningeale Verwachsung in der Präcentralgegend. Nach $1^1/_4$ Jahre tuberculöse Meningitis, der das Kind nach 3 Wochen erlag. Sectionsbefund: Ausser dem gewöhnlichen Befunde tuberculöser Meningitis fand sich ein 1 Zoll im Durchmesser haltendes Adhäsionsgewebe über dem linken gyr. praecentr. und der Schwanzpartie des 2. gyr. front.; hiernach würde im menschlichen Hirn das Facialis-Centrum im Schwanzende der 2. Stirnwindung liegen.

2. Fall. Ein 49 jähriger Kranke litt an Parese des rechten Beines und klonischen Krämpfen der rechtsseitigen Abdominalmuskeln es wurden ferner rechtsseitige hemiepileptische Anfälle beobachtet, die mit Spasmen in den Abdominalmuskeln begannen, meist vom Verlust des Bewusstseins begleitet waren und sich öfter wiederholten; dann trat Paralyse des rechten Beines und Parese des rechten Armes stärker hervor. Weder Aphasie noch Stauungspapille. Pat. starb in einem Anfalle von Syncope. Sectionsbefund: Grosser sarkomatöser Tumor, die Rinde des Paracentrallappens mit einnehmend; zwei kleinere Tumoren der unterliegenden weissen Substanz; — hiernach würde das Nervencentrum für das Bein im Paracentrallappen liegen.

In der Discussion berichteten Putnam, Miles, Lyman ähnliche Fälle.

44) **James J. Putnam:** *The frequency with which lead is found in the urine and on the symptomatalogy of chronic lead - poisoning.* (Die Häufigkeit des Bleibefundes im Urin und die Symptomatologie der chronischen Bleivergiftung.)

In 86 Fällen, in welchen der Urin auf Blei untersucht wurde, obgleich unzweifelhafte Zeichen von Bleivergiftung nicht da waren, wurde 48 mal Blei gefunden. — Rücksichtlich der Symptomatologie der chron. Bleivergiftung stellt der Ref. jenes Vortrags unter anderen folgende „neue vorläufig giltige“ Sätze auf: 1) Es ist wahrscheinlich, dass Blei neurasthenische Symptome verursacht, die lange Zeit ohne gleichzeitige andere Symptome von Bleivergiftung bestehen können. 2) Blei scheint gelegentlich anstatt der gewöhnlichen typischen Paralyse mit Atrophie und Verlust der Sehnenreflexe die sogenannte spastische Päraplegia in grösserem oder geringerem Maase hervorzurufen. 3) Blei ist möglicherweise zuweilen für gewisse vage Hirnsymptome, wie sie gewöhnlich durch Syphilis erzeugt werden, verantwortlich zu machen. Voigt (Oeynhausen).

IV. American Laryngological Association.

Neunter Jahres - Congress am 26.—28. Mai 1887 New-York. (The Medic. Record 4. Juni 1887.)

45) **John O. Roe** (Rochester): *Hay Fever.* (Heufieber.)

Verf. zieht aus der Beobachtung von 42 Fällen von Heufieber folgende Schlüsse: 1) Alle Fälle von Heufieber entspringen aus einer Erkrankung der inneren Nasentheile. 2) Erkrankung derselben wird auf andere Theile reflectirt. 3) Sensitive Zonen der Naseninnentheile finden sich nicht auf eine bestimmte Gegend beschränkt. 4) Die Richtung in welchen die Reizung reflectirt wird, liegt immer in der Linie des geringsten Widerstandes. 5) Erkrankung der Nase kann eine Erkrankung anderer Theile der Athemwerkzeuge erzeugen, die wieder eine unabhängige Quelle von Reizung werden können. 6) Heufieber entsteht durch eine locale Reizung der sensitiven Gegenden der Luftwege. 7) die Erkrankung ist an und für sich weder eine Neurose, noch gehört eine nervöse Disposition dazu, um empfindlich gegen Reizung der Luftwege zu werden. 8) Die nervöse Disposition entwickelt sich oft als das Resultat localer Reizung. 9) Durch Behandlung der Erkrankungen der Nase und anderer tiefer liegenden und secundär ergriffenen Theile der Athemwerkzeuge in Verbindung mit Beseitigung der allgemeinen Störungen ist das Heufieber zu heilen.

Voigt (Oeynhausen).

V. The Practitioners Society of New-York.

Sitzung vom 1. April 1887. (The Medic. Record 7. Mai 1887.)

46) **Henry F. Walzer:** *Cerebral Embolism and post-partum urämia.* Eine in jeder Beziehung, namentlich auch in Bezug auf die Harnorgane absolut gesunde Frau, die sich während der Entbindung nachweisbar einer heftigen Erkältung ausgesetzt, erkrankte am 12. Tage des Wochenbettes an heftigem Stirnkopfschmerz und geringerem Erbrechen; 2 Tage später wurde der bis dahin normale Urin eiweiss- und zugleich etwas zuckerhaltig befunden. Tags darauf zuckerfrei; aber hyaline und Fibrin - Cylinder enthaltend. Zugleich stellte sich nach schlafloser Nacht und einem Anfalle von „hysterischem Lachen und Schreien“ plötzlich Paralyse des rechten Armes und Beines, Aphasie, Parese einzelner Lippen- und Schlundmuskeln, Geistesstörung ein. Andern Tages cataleptischer Zustand der nicht paralysirten Seite, dann 20 Minuten dauernde heftige Convulsionen, contrahirte Pupillen, stertoröses Athmen; Tags darauf Tod in Folge von Herzschwäche und Lungenödem. — Bei der Discussion sagt Dana, dass die landläufige Ansicht, puerperale Hemiplegia sei meist Folge von Embolie, sich nicht auf genaue pathologische Befunde, sondern hauptsächlich auf die Symptomatologie stütze.

Voigt (Oeynhausen).

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig. Druck von **Philipp Werle** in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. **15. Januar 1888.** **Nro. 2.**

Inhalt.

I. Original-Vereinsberichte. **Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Oppenheim**: Demonstration eines Falles von Morbus Basedowii und des Morbus Addissonii. **Hans Virchow**: Ueber grosse Granula in Nervenzellen des Kaninchenrückenmarkes. **Kronthal**: Ueber Heteropie grauer Substanz des Rückenmark. **Siemerling**: Ein Fall von hereditärer Hirn- und Rückenmarkssyphilis.

II. Referate und Kritiken. **Bekhterieff**: Ueber die Erregbarkeit der motorischen Centren der Hirnrinde bei neugeborenen Hunden. **Ewald**: Aendert sich das Volumen eines Muskels bei der Contraction? **Gillies**: Die Krankheitsmanifestation. **Powers**: Hämorrhagie der art. mening. media und ihre Behandlung durch Trepanation und Anlegung einer Gegenöffnung im Schädel behufs Drainage. **Dana**: Subacute progressive Spinalparalyse. Sectionsbefund. **Seguin**: Ein 3. Beitrag zu dem Studium der Localerkrankungen des Hirnes. **Bechterew**: Zur Frage über die secundären Degenerationen des Hirnschenkels. **Hess**: Ueber einen Fall von multipler Sclerose des Centralnervensystems. **Bechterew**: Paramyoclonus multiplex. **Schaffer**: Histologische Untersuchung eines Falles von Lyssa. **Stephan**: Zur Genese des Intensionstremors. **Borgherini**: Pseudosystematische combinirte Spinaldegeneration nach chronischer Meningitis. **Fargez**: Eine besondere Form der Aphasie. **Smith**: Beitrag zum Studium des Cerebrospinalfiebers. **Walker**: Dyspnoe und Asthma. **Detmer**: Zum Problem der Vererbung. **Luys**: Ueberbürdung der Schüler. **Rousseau**: Hystero-Epilepsie, durch Suggestion geheilt. **Starr**: Cocain als diagnostisches Hilfsmittel bei Neuralgie und Neuritis. **Putnam**: Nervensyphilis. **Prince**: Spinale Empfindlichkeit in Gesundheit und Krankheit sowie die therapeutischen Erfolge der Application blasenziehender Mittel auf den 4. und 5. Dorsalwirbel. **Uhthoff** Untersuchungen über den Einfluss des chronischen Alkoholismus auf das menschliche Sehorgan. **Treitel**: Ueber das Verhalten der normalen Adaptation. **Dobrowolsky**: Ueber die Ursachen der Erythropsie (Rothsehen). **Ruault**: Die Reflexneuropathien nasalen Ursprungs. **Delmas**: Beitrag zur Lehre über die spinalen Localisationen. Linksseitige Hemiplegie in Folge einer Verletzung des Seitenstranges derselben Seite im Niveau des vierten Halswirbels mit einem spitzen Instrument. — Heilung. **Clark**: Die Pathologie der Hemiplegie. **v. Schmidt**: Begriff und Sitz der Seele. **Hughlings-Jackson**: Bemerkungen über Entfaltung und Ausschaltung des Nervensystems. **Konrád**: Von einem geheilten Falle luetischer Psychose. **Crothers**: Die Trunksucht und ihre Behandlung. **Ball**: Manie in Folge von Morphium-Abstinenz. **Smith**: Fälle von Typhus bei Geisteskranken. **Campell**: A case of moral insanity. **Steward**: Atactische Paraplegie bei primärer Demenz: **Brown**: Rathschläge über Bau und Organisation von Irrenanstalten. **Kiernan**: Aufgaben der Psychiatrie in Amerika durch das Irrenwesen der Grafschaft Cook illustrirt. **Roric**: Die Irrenbehandlung vor 60 Jahren nach Berichten der Irrenanstalt Dundee.

III. Aus den Vereinen. I. Medico-psychological association. II. Association française pour l'avancement des sciences zu Toulouse.

IV. Tagesgeschichte. Aus Berlin. Aus Hamburg.

I. Original-Vereinsberichte.

I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom Montag den 12. Dezember 1887.

Von Dr. Koenig in Dalldorf.

47) Vor der Tagesordnung stellt **Oppenheim** einen Fall vor, der „die Combination von 2 krankhaften Zuständen bietet, die beide in ihrer anatomischen Grundlage dunkel sind, und die in der Literatur noch nicht beschrieben ist", es handelt es sich um die Combination der Symptome des *Morbus Basedowii und des Morbus Addissonii.*

Es ist ein sehr ausgeprägter Exophthalmus duplex vorhanden; wenn Patient nach abwärts blickt, folgen die Lider nicht; auch ist eine leichte Insuffizienz der m. recti interni vorhanden. Die Struma ist ausserordentlich entwickelt, der Puls beträgt 160—180; beide Ventrikel sind dilatirt. Früher bestanden auch Compensationsstörungen von Seiten des Herzens. Auch die Nebensymptome des Morbus Basedowii sind ausgeprägt: Ein ziemlich beträchtliches Zittern, welches man fühlt, wenn man die Hand auf den Kopf legt; ebenso hat Polydipsie wie Polyurie bestanden; ferner hartnäckige Appetitlosigkeit, beträchtliche Schweisssecretion, die in der letzten Zeit zurückgetreten ist; auch ausgeprägter Venenpuls in der Jugularis externa. Diese Erscheinungen des M. B. die schon seit mehr als 10 Jahren bestehen, sind complicirt durch die Erscheinungen des M. A. An der Glans penis, am Scrotum, am Abdomen, an der inneren Oberfläche der Oberschenkel und an den Waden findet sich diffuse Pigmentirung. Auch die Schleimhäute sind zum Theil ähnlich afficirt; und zwar die Conjunctiva palpebr. infer., und die Schleimhaut der Oberlippe.

Ausserdem zeigt Patient erhebliche Schwäche und Abnahme der Kräfte, Theilnahmlosigkeit und Gedächtnissschwäche. Es lässt sich daher nicht ermitteln, was die erste Erscheinung gewesen ist; jedenfalls bestehen Exophthalmus, Zittern, Erregbarkeit, Angstzustände schon seit 10 Jahren. O. hat den Fall seit einem Jahr in Beobachtung.

48) **Hans Virchow:** *Ueber grosse Granula in Nervenzellen des Kaninchenrückenmarkes.*

In letzter Zeit hat Altmann den Granula eine gewisse Bedeutung gegeben; es ist durch ihn diese Eigenthümlichkeit in den Vordergrund der Betrachtung der Zellen gerückt; die Granula sollen die Träger wichtiger Lebensthätigkeiten innerhalb der Zelle sein und auch gewissermassen ein eigenes Leben haben, sich theilen, sich vermehren und wachsen, sodass Altmann sogar den Satz formirt hat: Omne granulum e granulo. V. will bei dieser Gelegenheit diese Auffassung weder bestätigen noch bekämpfen, aber er sieht darin, eine mächtige Anregung, diese Gebilde einer genauen Betrachtung zu unterziehen.

Diese Granula sind im allgemeinen von einer etwas eckigen Form, oder auch rundlich und eliptisch. Characteristisch ist besonders der Umstand, dass sie sich in den Nervenfortsätzen antreffen lassen, und dann eine langgedehnte Form annehmen; sie stossen nicht unmittelbar an die Oberfläche an und scheinen in einer Zone, welche der Oberfläche parallel ist, vorwiegend entwickelt zu sein. Es zeigt sich also etwas typisches in diesen grossen Granula. Diese Bildungen sind nicht unbekannt, sie sind schon durch Benda beschrieben worden; auch neuerdings finden sich im Anschluss an eine Mittheilung Thauhofers auf einer Abbildung Zellen abgebildet, welche diese Granula zeigen.

Das Einlegen der Präparate in Müller'sche Flüssigkeit mit nachfolgender Alcoholbehandlung ruft gewisse Veränderungen hervor; vor allem Schrumpfungen, es ist deutlich zu bemerken, dass gewisse Zellenformen von diesen Veränderungen erheblich betroffen werden; wahrscheinlich haben die Zellen des Centralnervensystems einen verschiedenen Grad von Resistenz gegen diese Einwirkung. V. selbst wurde darauf hingeführt bei Gelegenheit der Untersuchung über die Rolandsche Formation; die zarten Zellen, welche in einer grossen Zahl in dieser Formation vorhanden sind, sind bei der üblichen Conservirungsmethode des Rückenmarks stets so erheblich betroffen, dass ein Studium ihrer Eigenthümlichkeiten gänzlich ausgeschlossen ist; V. sah sich daher gezwungen, nach einer anderen Methode zu suchen. Er injicirte einem eben getödteten Thiere eine sehr schwache Chromsäurelösung (1 : 1000) blutwarm; daran wurde eine Alcoholhärtung gefügt. Auch die Färbungen wurden natürlich variirt; am besten für die Tinction der Granula erwiesen sich Hämatoxylin und Chinolinroth.

In der Diskussion bemerkt Benda, er dürfe sich wohl das Verdienst zurechnen, auf die Farbenreaction dieser Granula zuerst aufmerksam gemacht zu haben. Sie entsprechen der Farbenreaction der Ganglienzellen; die Ganglienzellen der Vorderhörner zeigen gegen gewisse Kernfärbungsmittel eine ganz ähnliche Reaction, wie die Kerne selber.

R. hat gefunden, dass die Granula ganz dieselbe Farbenreaction zeigen, und dass sie in Zellen liegen, deren Zellenleib sonst nicht die eigenthümliche Reaction der Ganglienzellen zeigt; sie haben wahrscheinlich zur Function der Ganglienzellen ein bestimmtes Verhältniss. Die jungen Zellen zeigen keine Granula; sie treten erst in einem bestimmten Alter auf. In dem Rückenmarke von erwachsenen Kaninchen und Meerschweinchen treten sie in ganz besonderer Weise hervor. Die Entwickelung der Ganglienzellen ist jedenfalls mit dem Auftreten dieser Granula verknüpft.

49) **Kronthal**: *Ueber Heteropie grauer Substanz im Rückenmark.*

Es handelte sich um einen 22 jährigen Rohrleger, der vielfach an Bleivergiftung in Behandlung gewesen war, und unter cerebralen Erscheinungen (Hallucinationen) starb.

Die postmortale Untersuchung erstreckte sich auf Muskeln, Nerven, Gehirn und Rückenmark.

Die Muskeln zeigten sich normal; das einzige abweichende war eine leichte Vermehrung der Kerne.

Der Nervus radialis zeigte Degeneration und Verfall der Achsencylinder und der Markscheiden; n. ulnaris und medianus normal. Das Rückenmark zeigte schon makroskopisch ein ungewöhnliches Aussehen. 2 Partien hatten fast eine flüssige Consistenz; oberhalb und unterhalb derselben zeigte sich eine Anschwellung des Rückenmarkes, sodass es sich um einen Tumor zu handeln schien. Die mikroskopische Untersuchung jedoch ergab ganz eigenthümliche Heteropieen grauer Substanz. (Dieselbe wird an Schnitten und Zeichnungen demonstrirt.)

Man müsste zwei verschiedene Prozesse annehmen; für einen älteren Prozess sprechen die starken Gefässwandungen, Vermehrung des Bindegewebes; für einen jüngeren kleine Erweichungsherde. Die Ganglienzellen zeigten keine grosse Veränderung, sie waren nur etwas mehr opak als sonst; ausserdem zeigte das Rückenmark an verschiedenen Stellen abnorme Spalten. K. meint, die Missbildung sei auf eine doppelte Anlage zurückzuführen.

Im linken gyrus centralis fand sich eine Spaltung in seinem oberen Drittel, und im Cerebellum war die Masse der grauen und weissen Substanz in beiden Hälften eine ziemlich verschiedene.

50) **Siemerling**: *Ein Fall von hereditärer Hirn- und Rückenmarkssyphilis.* (Mit Demonstration von Präparaten.)

Ein 12 jähriges Mädchen, welches von einem syphilitischen Vater abstammt, erlitt im 4. Jahre einen rechtsseitigen Schlaganfall mit Verlust der Sprache. Im Laufe von einigen Wochen besserte sich die Sprache, eine leichte Lähmung im Arm und Bein blieb zurück. Zwei Jahre später stellte sich eine Abnahme der Sehkraft und ein Schleudern der Beine beim Gehen ein. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab beiderseits eine Opticusatrophie. Im 11. Lebensjahre traten Schwindelanfälle, häufiges Erbrechen ein, dem bald epileptiforme Anfälle folgten. Schwindelgefühl beim Gehen, starke Ermüdung. October 1886 nahm das Gehör beiderseits ab. Patientin hatte Unterricht in einer gewöhnlichen Gemeindeschule genossen, im Januar 1886, als sie völlig erblindet war in einer Blindenschule. Am 5. November 1886 Aufnahme in die Krampfabtheilung der Charité. Die Untersuchung war erschwert wegen der Unmöglichkeit, sich zu verständigen in Folge der Blindheit und Taubheit. Ophthalmoscopisch fand sich atrophia nn. optici; fortwährender Nystagmus. Schwindel beim Stehen, knickt sofort zusammen. Deutlich ataktischer Gang mit Parese der Beine. Kniephänomen vorhanden. Grobe Intelligenzstörung nicht vorhanden. Im weiteren Verlaufe: wiederholte schwere epileptiforme Krampfanfälle, Ohnmachtsanfälle mit vorübergehender

Lähmung aller Extremitäten und des rechten Facialis. Das Herz verschlechtert sich sehr. Kniephänomen zuletzt nicht mehr nachweisbar. Tod im Krampfanfall.

Die Section ergab einen Hydrocephalus; die Dura war sehr dünn; die Schädelknochen usurirt. Das Gehirn stellenweise verwachsen. Eine ausgedehnte basale flächenhafte Neubildung fand sich, welche in der Gegend des Pons und dem Kleinhirn zu starken Knollen angeschwollen war.

Das Rückenmark zeigte in der ganzen Länge eine Verdickung der Pia bis zu starken Schwarten von mehreren Millimetern. Die Neubildung erwies sich mikroskopisch als syphilitisches Granulationsgewebe. An den Hirngefässen characteristische syphilitische Veränderungen der Wandungen. Im Rückenmark von der ganzen Peripherie aus Hineinwuchern des Granulationsgewebes und Infiltration mit Rundzellen, zuweilen in Form von Zapfen in die weisse Substanz hinein. Die graue Substanz fast durchweg intact. An den Rückenmarksgefässen gleichfalls syphilitische Wandveränderungen, u. a. auch die von Greiff erwähnte Phlebitis obliterans. Die vorderen und hinteren Wurzeln sind ganz in die Wucherung eingebettet, sind stellenweise mit Rundzellen infiltrirt. Bezüglich der Ausdehnung und der Fortpflanzung der Prozesse am Rückenmark schliesst sich S. der Juillard-Greiff'schen Annahme an.

II. Referate und Kritiken.

51) **V. Bekhterieff** (Kasan): De l'exitabilité des centres moteurs de l'écorce cérébrale chez les chiens nouveaux-nés. (Ueber die Erregbarkeit der motorischen Centren der Hirnrinde bei neugeborenen Hunden.)

B. hat bei seinen Versuchen die Angaben Soltmann's, dass die Erregbarkeit der motorischen Centren der Hirnrinde bei blindgeborenen Thieren erst mit der Function dieses Sinnesorganes beginne, nicht bestätigt gefunden. Die ersten Spuren der Erregbarkeit zeigten sich bei einzelnen Thieren am 10. Tage nach der Geburt, während bei anderen die betreffenden Centren noch am 12., 14. und selbst am 15. Tage unerregbar waren; eine Abhängigkeit von der Oeffnung der Augen konnte er nicht constatiren, denn in einzelnen Fällen, in denen sich diese bis zum 13. resp. 15. Tage verzögerte, war trotz dem die Erregbarkeit schon 1 – 2 Tage vorher vorhanden. In der Reihenfolge der Entwickelung der motorischen Centren stimmt er mit Soltmann überein.

Bei seinen Versuchen constatirte B. eine eigenthümliche Erschöpfung der betreffenden Centren; nach Reizung eines Centrum's

mit schwachen Inductionsströmen wird eine tonische Contraction des zugehörigen Gliedes ausgelöst, die relativ kurze Zeit dauert, damit ist die Erregbarkeit des betreffenden Centrum auf längere oder kürzere Zeit oft bis zu $^1/_2$ Stunde erloschen. Diese Erschöpfung tritt um so schneller auf und dauert um so länger, je jünger das Versuchsthier ist.

Tonisch spasmodische Zuckungen wie bei erwachsenen Thieren konnte B. bei neugeborenen nicht hervorrufen, ebenso wenig gelang es, einen epileptiformen Anfall auszulösen, selbst wenn er zum Versuche mehr als einen Monat alte Hunde nahm.

Den Grund für das späte Auftreten der Erregbarkeit der motorischen Centren bei neugeborenem Hund sieht B. in der mangelnden Entwickelung des Myelins in den Fasern des Pyramidenbündels, das frühestens mit dem 10. Tage nach der Geburt in ihnen erscheint. Die Ansicht Tarkhanoff's, dass auch die Entwickelung der Riesenzellen in den Centren selbst mit ihrer Erregbarkeit im Zusammenhange steht, kann er nach seinen Untersuchungen nicht theilen.

Holtermann (Sachsenberg).

---

52) **J. Rich. Ewald** (Strassburg): Aendert sich das Volumen eines Muskels bei der Contraction? (Arch. f. Physiologie von E. F. W. Pflüger 41. Bd. 5. u. 6. Heft.)

E. gelangt nach vielen von ihm angestellten Experimenten im Gegensatze zu andern Forschern, welche bei der Contraction eines Muskels eine Volumenabnahme desselben beobachtet zu haben glaubten, zu dem Schlusse, dass dies nicht der Fall ist.

Pauli (Köln).

---

53) **H. Gomeron Gillies** (Brockley): The interferation of disease. (Die Krankheitsmanifestation.) (The Lancet. 13. August 1887.)

Der Schmerz dient dazu, zum Bewusstsein zu bringen, dass etwas am Organismus nicht in Ordnung ist.

Liegt ein solcher Zweck nicht vor, so fehlt jene Sensation entweder wegen erloschener Sensationsfähigkeit wie z. B. vor dem Eintritt des physiologischen Todes oder es ist der Shock, der gleich einem schützenden Engel den Schmerz unterdrückt.

Pauli (Köln).

---

54) **Charles A. Powers** (New-York): Middle meningeale hamorrhage — its treatment by trephining and countre-opening of the skull for drainage — with a report of a successful case. (Hämorrhagie der art. mening. media und ihre Behandlung durch Trepanation und Anlegung einer Gegenöffnung im Schädel behufs Drainage. Bericht eines geheilten Falles.) (The Medic. Record. 4. Juni 1887.)

Ein 28jähriger Mann wurde in bewusstlosem Zustand auf der Strasse gefunden. Bei der Untersuchung zeigte sich keine äussere Ver-

letzung, doch floss etwas Blut aus dem rechten äussern Gehörgange. Coma. Puls 60, Respiration 15, Temperatur 37° C., Pupillen erweitert, auf Licht reagirend, leichtes Erbrechen, Plantarreflex vorhanden, Urin normal. Nächsten Tages Puls, Respiration und Temperatur etwas gestiegen, Bewusstsein und Sprache zum Theil wiedergekehrt, Antworten verkehrt, geringe Behinderung der Bewegungen der linken Extremitäten, Gesicht und Zunge normal, mässige Gefühlsverminderung der linken Seite, Pupillen normal, fortdauernder serös-blutiger Abfluss aus dem Ohre. In der Nacht Schlaflosigkeit, mässiges Delirium mit Halbstupor abwechselnd. Andern Morgens Puls 80, Temperatur 37,5° C., Respiration 18, volles Bewusstsein, vollkommene Paralyse und Anästhesie des linken Armes, geringe Unruhe der linken Gesichts-Muskeln, auch geringe Sensibilitätsabstumpfung daselbst, rechte Pupille etwas grösser als linke, beide auf Licht reagirend, keine Aphasie, die Kopfhaut der Hinterhaupts- und hintern rechten Parietal-Gegend fühlt sich etwas sulzig an, Ecchymose über dem rechten prozess. mastoid. Bei der Operation findet sich eine Fissur im rechten Seitenwandbein, eine $^3/_4$ zöllige Trepanisirung lässt einen Bluterguss von $6^1/_4$ Zoll Ausdehnung von vorn nach hinten und von $3^1/_2$ Zoll von oben nach unten finden, dessen Contouren die Dura mater $1^1/_3$ Zoll von der Schädeldecke abgehoben und gegen das Gehirn gedrückt hatte. Die Dura mater war intact, aber an verschiedenen Stellen blutend. Ligaturen, Auswaschen der Höhle mit Sublimatlösung, behufs vollkommener Dreinage Gegenöffnung durch den Knochen. Allmähliges Nachlassen aller Symptome. Heilung. Verf. gibt anschliessend an diesen Fall eine Geschichte der bei diesen Blutungen bisher ausgeführten Operationen und berichtetet dann kurz noch 7 bisher unveröffentlichte Fälle aus dem New-York Hospital, indem gleichfalls die Drainage durch Gegenöffnung im Schädel gemacht wurde. Voigt (Oeynhausen).

---

55) **Dana** (New-York): Subacute spinal paralysis (progressive). Case with autopsy. (Subacute progressive Spinalparalyse. Sectionsbefund.)
(The journal of nerv. & mental dis. Juni 1887. p. 345.)

Die Geschichte der subacuten Spinalparalyse wird einer Neuarbeitung bedürfen mit Bezug auf die neueren Entdeckungen die multiple Neuritis betreffend. Augenblicklich kann man die Fälle, welche man bisher dazu rechnete nach Gowers in 3 Classen theilen.

1) Die der subacuten multiplen Neuritis.
2) Die der subacuten regressiven Spinalparalyse.
3) Die der subacuten progressiven Spinalparalyse.

Der folgende Fall, der anfänglich das klinische Bild „2“ hatte, endete als „3“.

Der 53jähr. bis dahin gesunde Mann bot folgenden Status: Pat., kräftig, gut genährt, ohne Abnormität von Seiten der Brust- und Bauchorgane, ist kaum im Stande, die unteren Extremitäten zu ge-

brauchen. In der Rückenlage kann er sie aufheben, vermag aber nicht, ohne Unterstützung zu stehen. Auch in den oberen Extremitäten war eine bedeutende Schwäche bemerkbar. Sehnenreflexe erloschen. Mässiger Grad von Anästhesie in den unteren Extremitäten. An den Innenflächen beider Beine einige kleine circumscripte hyperaesthetische Stellen. Blase und Mastdarm functioniren normal. Keine Schmerzen. Electrische Erregbarkeit unverändert. Urin ohne pathologischen Befund.

Section: Der einzige makroskopische Befund war eine Höhle von $^1/_{12}$—$^1/_{16}$ Zoll Durchmesser in der Gegend des rechten Vorderhorns, welche sich vom 6. Cervicalnerven bis zum 3. oder 4. Dorsalnerven erstreckte.

Der mikroskopische Befund ist sehr ausführlich geschildert, es muss daher auf das Original verwiesen werden.

Koenig (Dalldorf).

56) **Seguin** (New-York): A third contribution to the study of localised cerebral lesions. (Ein 3. Beitrag zu dem Studium der Localerkrankungen des Hirnes.) (The journ. of nerv. & ment. dis. Juni 1887. p. 351.)

Fall I. Rechtsseitige Hemiparesis, hauptsächlich in der rechten Wange; clonische Convulsionen der rechten Gesichtshälfte; geringes Fieber, keine Aphasie, keine Stauungspapille.

Section ergibt adhäsive Meningitis des gyrus frontalis II. und centralen Theiles des gyrus praecentralis sowie des anstossenden Endes des Gyrus frontalis II.

Fall II. Parese des rechten Beines; clonische Spasmen in den rechten Bauchmuskeln; rechtsseitige epileptiforme Anfälle mit Beginn in den Bauchmuskeln und Uebergang auf Bein und Arm (Gesicht frei); Bewusstsein erhalten; später Lähmung des rechten Beines, Parese des rechten Armes; keine Aphasie, keine Stauungspapille.

Section: Sarkom in der weissen Substanz der linken Hemisphäre, dorsolateral vom lobulus paracentralis und ventral von den gyri postpraecentrales. Der Tumor reicht bis in die untersten Schichten der Rinde. Ausserdem 2 sehr kleine Knoten, weiter ventralwärts in der weissen Substanz.

Fall III. (cf. The journ. of nerv. & ment. dis. 1886. Jan. p. 23.)

Fall IV. Linksseitige laterale Hemianopsie; leicht schwankender Gang, temporäre Parese beider recti externi; Stauungspapillen; sonst keine Parese, keine Anästhesie, keine Kopfschmerzen.

Diagnose: Tumor des rechten Cuneus.

Durch Operation wurde ein Tumor entfernt, der von der Innenfläche des lobus occipitalis ausgehend mit dem ventralen Theile der falx cerebri in Verbindung stand und auf den Cuneus drückte.

Koenig (Dalldorf).

57) **W. Bechterew** (Kasan): Zur Frage über die secundären Degenerationen des Hirnschenkels. (Arch. f. Psych. XIX. 1. p. 1.)

Erster Fall: In der linken Hemisphäre ist der grösste Theil der Stirnwindungen beide Central-, alle Scheitel- und Schläfenwindungen nebst der Insel, endlich auch der grösste Theil der Hinterhauptswindungen zerstört; ferner die äussere und innere Kapsel, Linsen- und Schweifkern und die laterale Portion des Sehhügels. In der rechten Hemisphäre ist nur der obere Rand der ersten Schläfenwindung ergriffen. Es lässt sich auch makroscopisch feststellen, dass der linke hintere Bindearm des Vierhügels, der l. Hirnschenkel, Brückenhälfte und Pyramide mehr oder weniger atrophisch sind. Diese Degenerationen werden durch mikroskopische Untersuchung bestätigt. Sie erstrecken sich auf den *ganzen* Querschnitt des Hirnschenkels, so dass also auch der laterale Theil oder der Türk'sche Bündel betheiligt sind (bisher noch nicht beobachtet), setzen sich in absteigender Richtung auf den gegenüberliegenden Pyramidenbahnstrang des Rückenmarks fort, indem sie sich auf die Pyramidenbahn des contralateralen Seitenstrangs beschränken und lassen sich bis zum unteren Theil der Lendenanschwellung verfolgen. In der Brücke erscheinen linkerseits alle longitudinalen Bündel degenerirt. In der Haube sind besonders auch die Nervenzellen der substantia nigra merkbar verringert.

Zweiter Fall: Die Erweichungsherde auf der Oberfläche der l. Hemisphäre betreffen hauptsächlich Hinterhaupts- und Schläfenlappen, z. - Th. auch die Scheitelwindungen. Im linken Hirnschenkel sind das laterale und mediale Gebiet des Fusses degenerirt, während im rechten nur das mediale Gebiet betheiligt ist. Die degenerirten Fasern lassen sich in absteigender Richtung nur bis zum oberen Gebiet der Brücke verfolgen.

Dritter Fall: Die ganze Convexität des Gehirns ist sclerosirt, von Cysten durchsetzt und geschrumpft, sodass das ganze Hirn bis zu einem Dritttheil verkleinert ist. Normale Windungen sind fast nirgends mehr zu erkennen (s. u.). Wenigstens $^4/_5$ des Fusses beider Hirnschenkel von innen nach aussen gerechnet sind in Folge dessen degenerirt, während die lateralen oder Türk'schen Bündel beiderseits unverändert sind.

Schlussfolgerungen: Die beiden ersteren Fälle, in denen absteigende Degeneration auch im *lateralen* Theile des Hirnschenkelfusses gefunden wurde benehmen der Anschauug, dass in demselben *sensibele* resp. centripetale Fasern enthalten sind, ihre Hauptstütze. Dagegen verdigen die im *lateralen* und *medialen* Abschnitt des Hirnschenkelfusses verlaufenden Fasern wahrscheinlich in den Elementen der Brücke. Im ersten Falle bestand mit der Entartung im Hirnschenkelfuss Atrophie der Subst. nigra in der Brücke. Weil nun unterhalb der Brücke nur die Pyramidenfasern entartet waren, und die mittleren und äusseren Hirnschenkelfuss-fasern nicht zum Pyramidenbündel gehören, so wird die stattgehabte Degeneration derselben am zwanglosesten mit der

zugleich bestehenden Degeneration der Substantia nigra in Verbindung gebracht, *sonst* hätten ja unter der Brücke auch andere Fasersysteme secundär atrophirt sein müssen. Weil im zweiten Falle die Degeneration bereits im oberen Gebiet der Brücke aufhörte, dient auch dieser zur Bestätigung der Hypothese. Betreffs der Frage der Endigung der Türk"schen Fasern in der Hemisphärenoberfläche ist der zweite Fall von Wichtigkeit. Da hier die *beiderseitige* Degeneration des *medialen* Abschnittes des Hirnschenkelfusses ohne Zweifel auf die *beiderseitige* Erweichung der inneren Kapsel bezogen werden muss, so bleibt zur Erklärung der *einseitigen* Entartung des Türk'schen Bündels *(linkerseits)* nur die Erweichung des *linken* Schläfen- und Hinterhauptslappens übrig. Diese Deutung wird auch durch den dritten Fall bestätigt: Da hier von den Windungen aus die Schläfenwindungen und der Basaltheil des Hinterhauptlappens erhalten geblieben waren, so werden auf diese Rindengebiete am zwanglosesten die beiderseits unversehrt gebliebenen Türk'schen Bündel bezogen.

Aus dieser Annahme erklärt sich zugleich, warum so selten Degeneration des letztgenannten Fasersystem gefunden werden: Die damit in Verbindung stehenden Rindengebiete (Schläfen- und Basalfläche des Hinterhauptlappens) sind nämlich nur selten der Sitz ausgedehnter pathologischer Prozesse, weil sie ihre „Blutgefässe aus der Arteria cerebri post. beziehen, die unmittelbar aus der Basalarterie entspringt und überhaupt selten von Thrombose und Embolie befallen wird".

Langreuter (Eichberg).

---

58) **V. Hess** (Heidelberg): Ueber einen Fall von multipler Sclerose des Centralnervensystems. (Arch. f. Psych. XIX. 1. p. 64).

Der sehr detaillirt beschriebene Krankheitsverlauf von 8 jähriger Dauer bei einem Manne in mittlerem Lebensalter bot in klinischer Beziehung das interessante Factum des vollkommenen *Fehlens* der *characteristischen Symptome:* Intentionszittern, Nystagmus und scandirende Sprache. In Folge dieses Umstandes sowie wegen mancher anderer aussergewöhnlicher Symptome konnte während des Lebens die Diagnose nicht gestellt werden. — In pathologisch anatomischer Beziehung ist zu bemerken, dass in den sehr zahlreichen sclerotischen Herden die *Axencylinder persistirten.* Weil zu gleicher Zeit *„secundäre Degenerationen* vollkommen *fehlten,* so wird dadurch die Ansicht Schultze's bestätigt, dass secundäre Degenerationen nicht schon durch Schwund der Markscheiden hervorgerufen werden, sondern dass sie erst in Folge bedeutender Alteration der Axencylinder auftreten. Ferner waren auffallend die vielfach vorhandene *zellige Infiltration,* von der der Verf. annimmt, dass sie der Sclerose vorangeht; sie fehle nämlich in den älteren Herden. Endlich würden ausgedehnte *Gefässveränderungen* (Verdickungen, Thrombosen etc.) wahrgenommen. Hess tritt, entgegen Adamkiewicz, der Ansicht Schultze's

bei, nach welcher „die multiple Sklerose in einer Entmarkung der Nervenfasern, Gliawucherung besteht, bedingt durch *primäre Veränderungen* in den *Gefässen*.“ Langreuter (Eichberg).

---

59) **Bechterew** (Kasan): Paramyoclonus multiplex. (Arch. f. Psych. XIX. 1. p. 88).

Den bisher veröffentlichten Fällen dieser von Friedrich zuerst beschriebenen Krankheitsform fügt Bechterew die klinische Geschichte einer 28 jährigen Frau hinzu, deren Krankheitsverlauf im Allg. mit den bisher beobachteten Symptomencomplexen übereinstimmte „Auftreten von Krämpfen in symmetrisch gelegenen Muskelgebieten ohne Beeinträchtigung der rohen Kraft und ohne Störungen in der Coordination und Ernährung der Muskeln bei normaler faradischer und galvanischer Erregbarkeit derselben, aber merklich erhöhten Sehnenreflexen“. Das *ätiologische Moment* hatte eine acut entstandene Anämie in Folge von Abortus abgegeben verbunden mit schwächendem Einfluss von Narcoticis; im Gegensatz zu andern bisher bekannten Fällen, die fast alle als „Schreck-Neurosen“ gedeutet werden. Ferner Abweichen von dem gewöhnlichen Verlauf boten die Umstände: dass die Krämpfe sich leicht auf reflectorischem Wege durch Hautreize hervorrufen liessen, während stärkere Reize sie wieder unterdrückten; ferner: dass die Paroxismen oft mitten in der Nacht nach kurz vorhergegangenem Erwachen der Patientin auftraten. Schliesslich behandelt B. die Differentialdiagnose zwischen Paramyoclonus und andern Kramfformen, Chorea, tic convulsif etc. Die Therapie bestand hauptsächlich in Anwendung von valeriansaurem Zink, das sehr prompt zu wirken schien. Langreuter (Eichberg).

---

60) **Karl Schaffer** (Budapest): Histologische Untersuchung eines Falles von Lyssa. (Arch. f. Psych. XIX. 1. p. 45.)

Die interessanten Untersuchungsergebnisse betreffen das Rückenmark einer 40 jährigen durch Hundebiss inficirten und nach 2 Monaten gestorbenen Frau (nachdem die Wuthkrankheit selbst nur 4 Tage gedauert hatte). Das Virus der Lyssa hatte eine acute Myelitis descendens hervorgerufen, welche ohne Unterbrechung auf das ganze Rückenmark sich erstreckte und vom verlängertem Mark aus stufenweise nach unten hin abnahm. Zunächst bestand eine diffuse Infiltration mit weissen Blutzellen und zwar besonders in der grauen Substanz. Neben diesen runden Zellen waren (als weiter vorgeschrittener Prozess) längliche spindelförmige Elemente vorhanden, welche wohl den Anfang einer Bindegewebsorganisation kennzeichneten.

Ferner wurde eine reichliche periadventitielle Infiltration der Gefässe constatirt. Die grossen multipolaren Ganglienzellen der Vorderhörner haben eine bedeutende Pigment- atrophie erfahren, mit con-

secutiver Vergrösserung der pericellulären Räume. Theilweise schwanden die Fortsätze. Die Nervenfasern waren mehr oder weniger intensiv degenerirt, sodass die Axencylinder von Mark entblösst waren, und dieses zu Kugeln zusammenrollte. Die weissen Hinterstränge besonders in der Halsanschwellung zeigten die grösste Veränderung: Viele Querschnitte sahen bei schwacher Vergrösserung fast siebartig durchbrochen aus, weil an Stelle der Nervenfasern vielfach runde Oeffnungen sich befanden an derer Peripherie das atrophirte Mark nur noch einen schmalen Ring bildete, während der nackte Axencylinder an irgend einer Stelle dieser inneren Peripherie haftete. Die Blutgefässe sind lebhaft injicirt und zeigen periadventitielle Infiltration. —

Die in Vorstehendem skizzirten Gewebsveränderungen standen sehr wohl mit dem klinischen Krankheitsbilde im Einklang. In letzterem waren besonders auffallend die Athembeschwerden und die gesteigerte Reflexirritabilität, welche beiden Symptome einmal durch das Hauptergriffensein des Cervicaltheiles (Ursprung des N. phrenicus aus der III. und IV. Cervicalwurzel) und ferner durch die entzündliche Reizbarkeit der grauen Hörner (Passage des Reflexbogens) am zwanglosesten motivirt werden. Langreuter (Eichberg).

---

61) **B. H. Stephan** (Zaandam): Zur Genese des Intentionstremors. (Arch. f. Psych. XVIII. p. 734 und XIX p. 18.)

Die sehr ausführliche Arbeit ist durchweg polemischer Natur; sie giebt eine sehr umfassende Literaturübersicht und behandelt, gestützt auf nicht weniger als 61 frühere Publicationen, theils rein kritisch, theils nach eigenen Erfahrungen die Aetiologie des Intentionszitterns und verwandter Bewegungsstörungen, posthemiplegische choreatische, athetotische etc. Zur Zeit der Athetose-Begeisterung ist die einschlägige Literatur eine sehr umfangreiche geworden! — Den Einzel-Ausführungen Stephan's mit einem Referate zu folgen wäre mit der Kürze eines Centralblattes nicht wohl möglich; es sei daher auf die Lectüre der Originalarbeit verwiesen und nur die schliessliche Ansicht des Verf. wiedergegeben, welche er selbst, wie folgt, formulirt:

1. Das Erscheinen von Intentionstremor bei multipler Sklerose ist abhängig von cerebraler Lokalisation sklerotischer Herde.

2. Das Bestehen von sklerotischen Herden im Sehhügel veranlasst wahrscheinlich das Auftreten dieses Phänomens.

Langreuter (Eichberg).

---

62) **Borgherini** (Padua): Le pseudosistematike degenerazioni del midollo spinale in seguito a cronica lepto meningite. (Pseudosystematische combinirte Spinaldegeneration nach chronischer Meningitis.) (Rivista sperimentale XII. p. 1.)

Während die Symptomatologie der combinirten Rückenmarksdegenerationen von allen Forschern gleich dargestellt wird, bestehen

Meinungsverschiedenheiten darüber, ob diese Affection als primär zu betrachten ist, oder nur als vermittelt durch eine transversale Meningitis. B. gibt eine kurze Darstellung der histologischen Befunde von fünf wohlausgeprägten Fällen, in denen theils die ataktischen, theils die spastischen und paralytischen Erscheinungen überwogen. In 4 dieser Fälle waren alle langen spinalen Bahnen sclerotisch, in allen zeigten sich die Hinterstränge am tiefsten ergriffen, während die Affection der Seiten- und Vorderstränge proportional der jedesmal vorhandenen Leptomeningitis war und sich von der Peripherie aus entsprechend mehr oder weniger tief in die Marksubstanz erstreckte. Die Hinterstränge erschienen in allen Fällen als Ausgangsstelle des grossen Processes, für den B. die Bezeichnung, „Perimyelitis“ vorschlägt. Der Zustand der Hinterstränge gab jedesmal das Bild der Tabes.

B. ist geneigt, die Mehrzahl, wenn nicht alle Fälle, die als primitive combinirte Degeneration beschrieben sind, aus einer secundären Perimyelitis nach Hinterstrangsclerose zu erklären.

Kurella (Owinsk).

---

63) **Fargez** (Angers): Aphasie chez une tactile. (Eine besondere Form der Aphasie.) (L'Encephale 1887 p. 545.)

Ballet unterscheidet nach den Sinnesgebieten, an deren Vorstellungen sich vorwiegend das Denken und das articulirte Sprechen anschliesst, visuelle, auditive, grapho-motorische etc. Individuen. F. will eine besondere Species der „moteurs tactiles“ aufstellen, bei denen gewohnheitsmässig die Association sprachlicher Bewegungs-Vorstellungen mit Tast-Eindrücken vorherrscht. Er beschreibt einen Fall von Aphasie, bei einer 53jährigen Hemiplegischen, bei der 10 Tage lang nach der Apoplexie Personen und Objecte nur genannnt werden konnten, wenn sie betastet wurden; während bei essbaren Dingen auch der Geschmack eine Benennung auslöste. Die Mittheilungen F.'s beziehen sich nur auf substantioische Bezeichnungen concreter Gegenstände; er glaubt in diesem Falle auf eine besondere Bedeutung der Tast-Eindrücke und Vorstellungen bei der Kranken schliessen zu dürfen und empfiehlt — unter Beziehung auf den Fall Laura Bridgeman — eventuell die „rééducation“ Aphasischer durch den Tastsinn zu versuchen.

Kurella (Owinsk).

---

64) **J. Lewis Smith**: Contribuition to the study of cerebrospinal fever. (Beitrag zum Studium des Cerebrospinalfiebers.)
(The Medic. Record 14. Mai 1887.)

Nach Verf. tritt die acute Cerebrospinal-Meningitis seit 1860 in den Vereinigten Staaten nicht mehr, wie vordem in einzelen zeitlich und örtlich weit aus einanderliegenden Epidemien auf, sondern sie ist, wie die dortigen Aerzte sagen, naturalisirt (endemisch geworden), ver-

ursacht namentlich in einer langen Reihe grosser Städte viele Todesfälle und dehnt sich schnell gegen Westen aus und zwar weniger in den südlichen als in den nördlichen Staaten. Was ihre Entstehung anbetrifft, so hält es Verf. für möglich, dass der Friedländer'sche Pneumococcus Schuld trage (cf. Leyden, Pushkareff); er möchte jedoch aus der Thatsache, dass es eine Anzahl von Pneumonien an Orten gibt, wo niemals Cerebrospinal-Meningitis auftrat, schliessen, dass beider Ursprung ein verschiedener sei. Allerdings compliciren ja Cerebrospin.-Mening., worauf Fagge besonders aufmerksam gemacht, nicht selten Pneumonie, (auch wohl Pleuresie, Nephritis, Scarlatin., Typhoid etc.), indess erklärt sich dies vielleicht daraus, dass die Pneumonie möglicherweise verschiedene Ursprungs-Arten habe. — Sodann macht Verf. darauf aufmerksam, dass die Cerebrospin.-Mening., seit sie in New-York emdemisch geworden, einen etwas andern Character angenommen habe; namentlich sei jetzt die Blutalteration (Extravasate in die Haut etc.) weit weniger intensiv. Aus der in New-York gesammelten Statistik erhelle, dass die Jahreszeit auf die Zahl der Todesfälle keinen Einfluss zu haben scheine, dass die grösste Zahl der Todesfälle Kinder unter 1 Jahre betreffe, dass die Zahl der Todesfälle mit zunehmendem Alter der Patienten abnehme, endlich dass die Erkrankung, gerade wie Dyphtheritis in fast allen Theilen der Stadt New-York endemisch sei, während sie merkwürdigerweise das gegenüberliegende Brooklyn trotz gleicher Bodenbeschaffenheit etc. bisher fast ganz verschont habe.

Voigt (Oeynhausen).

---

65) **Benjamin Walker** (London): Dyspnoea and Asthma. (Dyspnoe und Asthma.) (The Lancet. 20. August 1887.)

Während der letzten sechs Jahre hat W. gegen die durch Asthma und Bronchitis bedingten Dyspnoe, nachdem sich hiergegen Nitroglycerin und Amylnitrit nicht bewährt, Hyoscyamin in Gaben von einem halben Milligram. pro dosi, mit dem besten Erfolge angewendet.

Da wo der Paroxysmus ein besonders heftiger war, zog er es vor, wegen der rascheren Resorption die erste Gabe unter die Haut zu spritzen.

Nach eingetretener Besserung nahm der Kranke täglich nur zwei bis drei Gaben und allmählich noch weniger.

Um einer möglichen Adynamie vorzubeugen, erschien es gerathen, Strychnin mit jenem Alcaloid zu gleichen Theilen zu verbinden, das ausserdem mit kleineren und häufigeren Gaben bei Magen- und Darmkolik, bei Dysenterie, Hernia incarcerata und Retentio urinae in Folge von Krampf des Blasenhalses die vorzüglichsten Dienste leistete.

Pauli (Köln).

---

66) **W. Detmer** (Jena): Zum Problem der Vererbung. (Arch. f. Physiologie von E. F. W. Pflüger 41. Bd. 5. u. 6. Heft.)

Auf Grund der als unzweifelhaft feststehenden Thatsache, dass die mannigfaltigsten äusseren Einflüsse (Temperatur- und Beleuchtungsverhältnisse, Nahrung, Boden etc.) verändernd auf den Organismus der Pflanzen und Thiere einzuwirken vermögen, wird gefolgert, dass beide viele erblich gewordene Charactere solchen Einwirkungen verdanken.

Pauli (Köln).

---

67) **Luys** (Paris): Le surmenage scolaire. (Ueberbürdung der Schüler.) (L'Encephale 1887 p. 578.)

L. berichtet, dass Ueberbürdung der Schüler zur Phthise disponirte. Das Gehirn des angestrengtesten Gymnasiasten könne nicht mehr in Anspruch genommen sein, als das der Deliranten, Maniaci und agitirten Paralytiker. Bei diesen Categorieen von Hirnreizung hätte er aber nur in 6 Fällen von 1086, Phthise gesehen. Uebrigens wäre das Gehirn vom 16. bis 20. Jahre fast schon so schwer und vollentwickelt, wie im reiferen Alter, man könne ihm also viel zumuthen zumal in Paris wo das Durchschnittsvolumen der Schädel continuirlich stiege; neuropathische und sehr gering begabte Individuen wären allerdings den Anforderungen des modernen Unterrichts nicht gewachsen, sie dürften aber für das allgemeine Niveau nicht massgebend sein.

Kurella (Owinsk).

---

68) **Rousseau** (Auxerre): Emploi de la suggestion hypnotique. (Hystero-Epilepsie, durch Suggestion geheilt.) (L'Encephale 1887 p. 587.)

Schwere Hystero-Epilepsie bei einem noch nicht menstruirten 17 jährigen Mädchen seit 10 Monaten 60—500 schwere Anfälle im Monat; totale Anaesthesie der Haut für alle Empfindungsqualitäten. Dauernde Depression, Selbstmordneigung. — Leichte Hypnotisirbarkeit. Hallucinationen durch Suggestion, besonders intensiv bei Fernwirkung von Medicamenten. Aufhören der Anfälle durch directe Suggestion nicht zu erzielen.

Am 21. Juni d. J. wird sie hypnotisirt und ihr streng befohlen binnen 8 Tagen ihre Regel zu bekommen. Am 25. Juni erste Menstruation; den Tag darauf 24 stündige schwere hysterische Agitirtheit darauf Uebergang in stuporöse Depression; am 2. Juli plötzliche Lucidität, ruhige Stimmung, binnen 24 Tagen allmähliche Rückkehr der Haut-Sensibilität; dauernd normales Verhalten. B. nimmt an, dass die hysterischen Erscheinungen nur durch das Ausbleiben der ersten Menses bedingt waren, und dass die Suggestion die Wirkung der vorher angewandten tonisirenden und emmenagogischen Proceduren verstärkt hat.

Kurella (Owinsk).

---

69) **M. Allen Starr** (New-York): Cocaine as an aid to diagnosis in cases of neuralgia and neuritis. (Cocain als diagnostisches Hilfsmittel bei Neuralgie und Neuritis) (The Medic. Record 2. Juli 1887).

Da nach einem physiologischen Gesetze der durch irgend ein Reizmittel hervorgerufene Schmerz nicht nothwendig nur an der Einwirkungsstelle, sondern auch an den peripheren Endausbreitungen des betreffenden Nerven empfunden wird, so kann, sobald die Leitung in einem sensibeln Nerven durch eine passende Cocain-Einspritzung gewissermassen unterbrochen ist, daraus unter Umständen auf den Sitz der Schmerz machenden Ursache geschlossen werden. Handelt es sich z. B. um Ischias in Folge peripherer Neuritis, so wird eine tiefe Cocain-Einspritzung hoch oben an der Austrittsstelle des n. ischiad. aus dem Becken die Schmerzen verschwinden machen, während dieselben bleiben, wenn die Läsion im Becken sitzt. Ebenso kann es auf diese Weise gelingen, in Fällen von Tic convulsif den kranken Ast zu finden. Starr machte z. B. bei einem Patienten, dessen ganze rechte Gesichtshälfte ergriffen war, eine tiefe Cocaineinspritzung an der Austrittsstelle des n. infraorbitalis: das sofort einsetzende Aufhören des Tic zeigte, dass derselbe nur reflectorisch durch Erkrankung jenes Trigeminus-Astes hervorgerufen wurde, und in der That brachte Durchschneidung desselben Heilung. — Ob sich derartige Einspritzungen auch in Fällen von Neuralgie ohne gröbere anatomische Läsion diagnostisch verwerthen lassen, ist zweifelhaft; jedenfalls aber kann man zuweilen da, wo es sich um die diffenrentielle Diagnose zwischen Neuritis und Neuralgie handelt, aus den Einspritzungsfolgen mit mehr weniger grosser Sicherheit auf eine von beiden Erkrankungen schliessen. Hört z. B. bei Ischias der Schmerz nach einer hoch oben am Bein gemachten Einspritzung auf, so handelt es sich wahrscheinlich um eine periphere Neuritis, da die Neuralgie gewöhnlich diffus verbreitet oder Folge centraler Veränderungen zu sein pflegt.

Voigt (Oeynhausen).

---

70) **James J. Putnam:** Notes on syphilis of the nervous system. (Nervensyphilis.) (Boston Medic. and Surgic. Journ 14. Oktober 1886.)

Verf. kann auf Grund eigner grosser Erfahrung die jetzt allgemein verbreitete Ansicht bestätigen, dass wahre Epilepsie gelegentlich auch Personen befällt, die 30 und mehr Jahre haben; doch geschieht das selten. Alsdann aber liegt der Grund gewöhnlich in Syphilis oder Blei-Vergiftung, vielleicht auch in chronischen Hirnerkrankungen, chronischer Nephritis, Alcoholismus u. s. w. Verf. räth daher auch, selbst in zweifelhaften Fällen, zu fortgesetzter antisyphilitischen Behandlung, warnt aber dann, den Nutzen dieser Behandlung zu überschätzen, da überhaupt eine syphilitische Erkrankung des Nervensystems gewöhnlich niemals ganz geheilt werde. — Am Schlusse seiner Arbeit berichtet Verf., dass er unter 50 Tabesfällen in 60% voraufgegangene Syphilis gefunden habe; wunderbarer Weise käme

Syphilis als Vorläuferin anderer Sclerosen des Rückenmarks wohl gelegentlich (z. B. bei der multiplen Sclerose), aber nicht häufig vor.

Voigt (Oeynhausen).

---

71) **Morton Prince** (Boston): Tenderness of the spime in health and disease, therapeutic effects of blichering over the fourth and fiefth dorsal vertebral. (Spinale Empfindlichkeit in Gesundheit und Krankheit sowie die therapeutischen Erfolge der Application blasenziehender Mittel auf den 4. und 5. Dorsalwirbel.) (Boston Medic. and Surgic. Journ. 14 Oktober 1886.)

Harkins in Belfast hatte in seiner Arbeit (The Lancet 1885 vol. II. pp. 56. und 995) behauptet, dass nach seiner hundertfältigen Erfahrungen fast jeder Mensch bei Percussion des 4. oder 5. oder beider Dorsalwirbel mehr weniger schmerzhafte, jedenfalls unangenehme Empfindungen habe; und ferner, dass eine grosse Reihe von Neurosen durch Application von Blasenpflastern oder dergl. auf diese Gegend schnell beseitigt werden könnten. Prince prüfte diese Angabe an Kranken und Gesunden und fand, dass Empfindlichkeit gewisser Theile des Rückgrates gegen Beklopfen und dergl. auch einer gewissen Klasse von Erkrankungen eigenthümlich ist, wohl aber da nicht selten auftritt wo der Körper durch irgend eine beliebige Erkrankung geschwächt ist; auch trifft man sie *gelegentlich* bei ganz gesunden Leuten und zwar hier, wie bei Kranken, am häufigsten über dem 4. und 5. Dorsalwirbel. Und ferner fand er, dass man durch Behandlung dieser Stellen mit Blasen ziehenden Mitteln bei verschiedenen Neurosen sehr gute Resultate erzielen könne; zum Beweise dessen berichtet er einige einschlägige Fälle von Erbrechen Schwangerer, progressiver Muskelatrophie, Schmerz und Spasmus der Nackenmuskeln u. s. w.

Voigt (Oeynhausen).

---

72) **Uhthoff** (Berlin): Untersuchungen über den Einfluss des chronischen Alkoholismus auf das menschliche Sehorgan (II. Theil).

(Graefe's Arch. f. Ophthalm. Band XXXIII, Abtheil. 1.)

In diesem zweiten Theile seiner umfassenden, auf ein grosses Krankenmaterial sich stützenden Arbeit erläutert Verf. zunächst die am Schlusse des ersten Theiles, über den bereits in 1887 Nro 8 des Centr.-Bl. pag 246 referirt worden ist, mitgetheilte Tabelle. Aus derselben geht unzweifelhaft hervor, dass in der Mehrzahl aller Fälle von *Intoxicationsamblyopie* (63%) die vielbesprochene *Abblassung der temporalen Pupillenhälften* mit dem Augenspiegel gefunden wird, welche als das objective Zeichen der *secundären absteigenden Atrophie der Opticusfasern*, veranlasst durch den *retrobulbären neuritischen Prozess* anzusehen ist. Alle übrigen Fälle indessen, bei denen diese Pupillenverfärbung fehlt, stellen frühere Stadien der Erkrankung vor, wo die

anatomischen Veränderungen noch nicht bis zur Papille vorgeschritten sind.

Bei weitem am häufigsten ist die Ursache für die in Rede stehende Erkrankung in dem *Alkoholmissbrauch* zu suchen, seltener im unmässigen *Tabakgenuss*, jedoch entfalten bei einer erheblichen Anzahl von Patienten beide Noxen gemeinsam ihre deletäre Wirkung. Von anderen ungleich selteneren *ätiologischen* Momenten ist der *Diabetes* die *Bleiintoxication* und die *Vergiftung mit Schwefelkohlenstoff*, wie sie Verf. bei zwei in Gummiwaarenfabriken beschäftigten Arbeitern beobachtet hat, zu nennen.

Von den auf *Intoxicationen* beruhenden Fällen von *interstitieller Neuritis optica* scheidet Verf. diejenigen aus, welche diese Aetiologie nicht aufweisen. Unter den ursächlichen Momenten figuriren hier ausser *Syphilis*, *multipler Sklerose*, *Gravidität*, *Menstruationsanomalien*, noch eine Reihe anderer Störungen, denen eine causale Bedeutung schwerlich beizumessen sein dürfte; bei einer grossen Zahl von Fällen kennt man eine Ursache überhaupt nicht. Es scheint willkürlich diese beiden Categorien von einander zu trennen und zwei verschiedene Bezeichnungen anzuführen, von denen die eine nur das Wesen des *klinischen Symptomencomplexes* trifft, die andere von dem Characteristicum des *anatomischen Prozesses* hergenommen ist, wie Verf. thut, wenn er die *Intoxicationsamblyopien der eigentlichen Neuritis retrobulbaris* gegenüberstellt. Denn wenn auch in dem klinischen Bilde beider Categorien einzelne differente Züge hervortreten, wie der acutere Verlauf, die hochgradigere Amblyopie, das relativ häufige einseitige Auftreten, das jüngere Alter bei den Nichtintoxicationen, so rechtfertigen, angesichts des gleichen *anatomischen Befundes*, diese Umstände eine so strenge Sonderung keineswegs. Zur Zeit, als Leber seine mustergültige Bearbeitung der Sehnerven- und Netzhaut-Erkrankungen (1876 im Handbuch von Graefe und Saemisch) herausgab, war diese Scheidung wegen des Fehlens anatomischer Befunde bei Intoxicationsamblyopien wohlbegründet.

Hinsichtlich des *klinischen* Verhaltens der retrobulbären Neuritis bietet die vorliegende Arbeit Nichts Neues.

Hirschmann (Remscheid).

---

73) **Treitel** (Königsberg): Ueber das Verhalten der normalen Adaptation. (Graefe's Arch. f. Ophthalm. Band XXXIII. Abtheil. 2.)

Unter *Adaptation* versteht man nach Aubert's*) Definition „die Einrichtung des Auges für verschiedene Helligkeiten". Durch eine Reihe von mitgetheilten Experimenten sucht Verf. den Beweis für seine Hypothese zu erbringen, dass die Adaptation als eine *Erholung* des durch Einwirkung von Licht *ermüdeten* Auges aufzufassen

*) Aubert: Physiologie der Netzhaut.

ist. Danach würde die Hemeralopie, welche als eine Störung der Adaptation anzusehen ist, auf einer *Uebermüdung* der Netzhaut, meist hervorgerufen durch *Ueberblendung* beruhen. (cf. Referat Nro. 490 im Centralblatt Nro. 19. Jahrgang 10.)

Hirschmann (Remscheid).

---

74) **Dobrowolsky** (St. Petersburg): Ueber die Ursachen der Erythropsie (Rothsehen).

(v. Graefe's Arch. f. Ophthalm. Band XXXIII. Abtheil. 2.)

Der in dem Referat: Centralbl. Nro. 13 vorigen Jahrganges pag. 408 ausgesprochene Wunsch, die Frage der *Erythropsie* bald gelöst zu sehen, scheint durch die vorliegende Arbeit erfüllt. Versuche, die Verf. an seinem eigenen *atropinisirten* Auge vorgenommen, haben ergeben, dass es sich bei der *Erythropsie* um ein *negatives Nachbild* handelt, das entsteht, wenn die Netzhaut längere Zeit der Einwirkung grellen Sonnenlichtes oder eines von der Sonne hell beleuchteten weissen Gegenstandes z. B. einer Wolke ausgesetzt war. Die Färbung, in der dann helle Gegenstände erscheinen, ist weniger ein „*roth*", sondern ein der Contrastfarbe des goldgelben Sonnenlichtes entsprechendes „*violett*". Damit erklärt es sich auch warum die Erscheinung besonders gern in *aphakischen* (staroperirten) Augen auftritt: es ist dann durch das *Iriscolobom* die Vorbedingung dafür erfüllt, dass die *gesammte* Netzhaut dem Einflusse des Lichtes ausgesetzt ist und nicht blos die *gerade fixirende macula lutea.* Aus den Versuchen geht ferner hervor, dass die Erscheinung der Erythropsie stets nur auf das eine Auge beschränkt bleibt; das andre, den für die Entstehung des Phänomens günstigen Bedingungen nicht unterworfene Auge behält sein normales Unterscheidungsvermögen für Farben und kann auf diese Weise sehr gut als *Controlorgan* wirken.

[Während ich gerade mit dem Studium der Erythropsie beschäftigt war, hatte ich in meiner Praxis Gelegenheit folgenden Fall zu beobachten, der desshalb sehr interessant ist, weil, soweit ich die Literatur durchgesehen, ein Analogon zu demselben noch nicht bekannt ist.

Einem Gymnasiasten wurde von seinem Lehrer ein dickes gebundenes Buch gegen das rechte Auge geworfen. Bald darauf gewahrte er zu seinem Schrecken, dass Gegenstände, die er mit dem verletzten Auge ansah, *gelbroth* gefärbt erschienen; das linke Auge erkannte die Dinge in ihrer normalen Färbung.

Die nach einigen Stunden vorgenommene Untersuchung ergab ausser einigen leichten Hautabschärfungen an den Lidern Nichts Abnormes: die rechte Pupille war ebenso weit wie die linke und reagirte prompt; Sehschärfe und Accomodation waren intact. Nur mit dem Augenspiegel liess sich rechts ein ausgesprochener *Venenpuls* auf der *Papille* nachweisen, der links fehlte. Ob ein Causalnexus zwischen

diesem merkwürdigen Befunde und der Erythropsie bestand wage ich vorläufig nicht zu entscheiden. Am nächsten Morgen war die Erscheinung verschwunden. Der Referent.]

Hirschmann (Remscheid).

---

75) **Albert Ruault** (Paris): Les névropathies réflexes d'origine nasale. (Die Reflexneuropathien nasalen Ursprungs.) (Gaz. des Hôp. 1887. Nro. 143.)

Zu den am häufigsten vorkommenden Krankheitszuständen der in der Ueberschrift erwähnten Kategorie gehören folgende:

1. Spasmus glottidis. Man unterscheidet zwei Formen:

Die erstere tritt besonders des Nachts auf und dauert in der Regel nur kurze Zeit, bei der zweiten (Aphonia spastica Traube) fehlen die Respirationsstörungen, dagegen besteht, da bei einem Versuche zu sprechen sich die Stimmbänder so sehr einander nähern, dass sie nicht vibriren können, Aphonie.

2. Husten-Anfälle, welchen oft Nies-Anfälle vorausgehen.

3. Das Heufieber, eine Reflexneurose, die entweder von einer Laesion der Nasenschleimhaut oder von einer Hyperästhesie derselben ihren Ursprung herleitet.

4. Die von Sommerbrodt beschriebene vaso-dilatatorische Neurose der Bronchialschleimhaut, die so sehr einer chronischen Bronchitis gleicht, dass sie leicht damit verwechselt werden kann.

5. Asthma-Anfälle.

Dieselben unterscheiden sich nicht von den gewöhnlichen, da man in beiden Fällen in dem Sputum die von Curschmann zuerst nachgewiesenen Cylinder und die Charcot-Leyden'schen Krystalle findet.

6. Parästhesie und Hyperästhesie des Pharynx und der oberen Partie des Oesophagus.

Ferner Herzpalpitationen, Neuralgien der beiden ersteren Aeste des Trigeminus, Cephalalgie neben Druck in der Stirn, Migräne, gewisse Gesichtsstörungen (Photophobie).

7. Verlust des Gedächtnisses, Melancholie, Hypochondrie.

8. Vertigo.

Merkwürdiger Weise zeigen Tumoren der Nasenhöhle, Schleimpolypen und Papillome ausgenommen, keine Neigung, Neuropathien auf reflectorischem Wege zu bedingen, während oft schon geringfügige, ja selbst psychische, Reize dies thun.

In letzterer Hinsicht wird von Romberg der Fall eines jungen Mannes mitgetheilt, welcher jedes Mal, wenn er erotischen Gedanken nachhing, Nieskrämpfe bekam.

J. N. Mackenzie hat auf die innigen Beziehungen der Genitalien zu der Nasenschleimhaut auf Grund seiner Beobachtungen hingewiesen.

Hiernach manifestirt sich bei gewissen Frauen, deren Nase gesund ist, zur Zeit der Menstruation eine Turgescenz der Schneider'schen Membran, welche mit dem Aufhören jener wieder verschwindet und welche jedenfalls das ursächliche Moment der bei menstruirenden Frauen nicht selten vorhandenen Migräne abgibt.

Da obige Reflexerscheinungen, die in der Regel, nachdem sie einige Zeit gedauert haben, zurücktreten, oft ausbleiben, so liegt die Vermuthung nahe, dass hierzu eine besondere Disposition erforderlich ist. Pauli (Köln).

---

76) **Louis Delmas** (Paris): Contribution à l'étude des Localisations spinales. Hémiplégie gauche consécutive à une lésion par instrument piquant du cordon latéral du même côté, au niveau de la quatrième vertèbre cervicale. — Guérison. (Beitrag zur Lehre über die spinalen Localisationen. Linksseitige Hemiplegie in Folge einer Verletzung des Seitenstranges derselben Seite im Niveau des vierten Halswirbels mit einem spitzen Instrument. — Heilung.) (Arch. gen. de méd. Decemb. 1887.)

Wegen seines seltenen Vorkommens wird ein Fall von spinaler Hemiplegie, welcher auf die in der Ueberschrift angegebenen Weise entstanden war, mitgetheilt. Pauli (Köln).

---

77) **Francis W. Clark** (London): On the pathology of Hemiplegia.) (Die Pathologie der Hemiplegie.) (The Lancet. 27. August 1887.)

Wie die Analyse von 13 in den letzten vier Jahren zur Behandlung C.'s gekommenen Fällen von Hemiplegie ergibt, verdankte dieselbe 5 mal einer chronischen Pachymeningitis, zu welcher 4 mal chronischer Alcoholismus und 1 mal chronischer Gelenkrheumatismus geführt hatte, ihre Entstehung. Pauli (Köln).

---

78) **v. Schmidt** (Moskau): Begriff und Sitz der Seele.
(Heidelberg. Gorg Weiss 1887. 76 Seiten. 2 Mark.)

Der Verf. sucht aus einer nicht ganz von Missverständnissen frei gebliebenen Lectüre psycho-physiologischer und hirnanatomischer Schriften, unter denen Karl Vogts populäre Vorträge, Ficks Hirnphantom und Wundt's grosses Werk als gleichwerthige Quellen figuriren, seine a priori aus seinen Abstractionen deducirte Theorie zu bekräftigen, dass Seele und Geist des Menschen in einem immateriellen Punkt der Medulla oblongata ihren „Sitz" haben. Das Grosshirn wäre nur der Sitz von Vorstellungen, ein Speicher für die „Spuren" sensibler Reize. Die den Körper gestaltende Lebenskraft hätte ihren Sitz in dem von Flourens als „noeud de la vie" bezeichneten Theil der Oblongata. Es bleibt also nichts übrig als anzunehmen dass das Individuum erst dann todt sei, wenn das Leben aus dieser

Stelle gewichen, dass also an ihr der Centralpunkt des Lebens im Organismus sich finde, d. h. „*der Sitz der Seele.*“

S. entwickelt ferner eine Art dynamischer Theorie der Materie; die der unorganisirten Materie inhaerente Kraft lässt er sich nun durch gesteigerte Entwicklung zu einer Reihe von höheren dynamischen Leistungen umformen: „Diese Reihe ist folgende: Kraft, Centralkraft, geeinte Centralkraft, Centralkraft mit innerer Zweckmässigkeit oder Grundkraft des Lebens = Seele, und zwar unbewusste oder pflanzliche Seele, bewusste oder thierische Seele, selbst bewusste oder menschliche Seele oder Persönlichkeit = Geist.“ Auch die Embryologie (nach Dr. A. Brass) bestätigt für S. die Oblongata als Sitz der Seele. „Ist es nun nicht höchst wahrscheinlich, dass der erste Lebenspunkt von dem aus der Organismus sich zu bilden beginnt ungefähr in der Mitte des später sich differenzirenden Centralnervensystems bleibt, . . . d. h. im verlängerten Mark?“ Nach ähnlicher Methode geht es nun weiter: „Vergleicht man das Denken mit einem Saitenspiel, so sind die Melodien die Gedanken, die Hirnfasern die Saiten, und die spielende Kraft ist die Seele“*) Schliesslich wird dem Geiste, als selbstbewusstem Kraftpuncte, ein unsterbliches Fortleben auf der Sonne garantirt, deren — wie der Verf. zugiebt — etwas hohe Temperatur ein sich unter einer „Neubegründung“ weiter auslebendes „Kraftatom“ nicht weiter geniren kann, eine „Neubegründung, welche selbstverständlich sehr verschiedene physicalische Verhältnisse für das neue Leben nöthig macht.“

Kurella (Ahrweiler).

---

79) **J. Hughlings-Jackson**: Remarks on evolution and disolution of the nervous system. (Bemerkungen über Entfaltung und Ausschaltung des Nervensystems.) (The journal of mental science April 1887.)

Die Arbeit ist ein weiterer Ausbau der in den früheren Aufsätzen des Verf. ausgesprochenen Theorien (vergl. Ref. S. 217, 1887). Der klassische epileptische Anfall ist als ein Anfall des „höchsten Entfaltungsniveaus“ anzusehen, er geht aus einer Entladung in irgend einem Gebiete der höchsten Centren hervor und bewirkt nahezu völlige Ausschaltung, völlige ist Tod. Zusichkommen aus dem Anfall ist Rückentfaltung aus dem Zustande der Ausschaltung. Ueber den Sitz des Reizes, der zur Entladung kommt, kann die Art der Aura, die den Anfang des nachfolgenden Paroxismus bildet, Aufschluss geben. In welchem Niveau auch die Anfälle entstehen, immer ist die entladende Läsion nur in einem kleinen Theile *einer* Hirnhälfte zu vermuthen. Das gilt nicht nur für „Epilepsien“ sondern für Psychosen überhaupt: es sind Ausschaltungen, die verschiedene Abtheilungen der höchsten Centren betreffen. Melancholie und progr. Paralyse be-

---

*) Dieses ja sehr schöne Bild ist übrigens ein Citat aus Diderots „Rêve d'Alembert“, was Herr v. S. anzugeben vergessen hat.

zeichnen verschiedene *locale* Ausschaltungen der höchsten Centren grade so wie Brachioplegie und Cruroplegie solche der mittleren (motorischen) Centren oder Opthalmoplegia ext. und progressive Muskelatrophie der niedrigsten motorischen Centren. Entfaltung und Ausschaltung bestehen nebeneinander oder stehen im Wechselverhältniss, so ist bei postepileptischen Psychosen die Ausschaltung in dem Sinne local, dass sie in einer Hälfte des Gehirns überwiegt, das Maass der Entfaltung in einer Hälfte geringer, in der anderen Hälfte aber eine hohe collaterale ist. Postepileptische Manie ist nichts anderes als das Ergebniss des Ausgleichs und wenn Paralyse als eine Ausschaltung anzusehen ist, die in den höchsten motorischen Centren einer, zuletzt beider Hälften des Gehirns beginnt, so sind ihre psychischen Symptome als solche Ausgleichsergebnisse aufzufassen. Der Alcohol scheint eine *allgemeine* Dissolution zu bewirken, aber auch da kann man in den ersten Stadien der Intoxication das Vorwiegen der Thätigkeit einiger Theile der höchsten Centren vor anderen beobachten.

Dadurch dass der Uebergang von einem niederen Centrum zu einem höheren unmerklich sprungweise zu denken ist, kommt den Centren nicht nur zu, „Reservoire von Kraft“ zu sein, sondern nicht minder eine „Widerstandsposition“ zu bilden. Auf diese Weise sind die höchsten Centren (wenn 3 angenommen werden, obgleich die Endorgane der Nerven z. B. Muskeln, eigentlich als 4. niedrigstes Centrum anzusehen sind) dreifach von der sensorischen resp. motorischen Peripherie abgesetzt und auf Grund dieser Anordnung im Stande zu arbeiten, ohne durch die Umgebung gestört zu werden oder auf sie zu reagiren. So können Gedankenreihen und ein dämmerndes Seelenleben, losgelöst von augenblicklichen Empfindungen entstehen. Andrerseits ist es verständlich, dass ein gewisser Reiz, der stark genug ist, die Widerstandspositionen zu durchbrechen, sich bei Eintritt in die höher gelegenen Centren multiplicirt und umgekehrt, dass ein Reiz, der von den höchsten Centren ausgeht, sich auf die niederen übergehend in der Weise äussert, die den niedern, am meisten *organisirten*, gewohnheitsmässig ist. „Hier engt sich die Kraftentladung nach abwärts ein, so dass aus der Thätigkeit der motorischen nervösen Anordnung der höchsten, den ganzen Organismus repräsentirenden, Centren eine Bewegung resultirt, die nur den Theil betrifft, der in seiner Anordnung am besondersten repräsentirt war“. Der Ausfall eines motorischen Centrums durch eine Läsion bewirkt Ausfall der in ihm repräsentirten Bewegungen, keine Störung der Coordination. Wenn bei Incoordination noch etwas mehr als eine blosse Lähmung existirt, so ist dies nicht unmittelbare Folge der Läsion, nicht Folge einer Krankheit in engerem pathologischem Sinne, sondern auf jene Wechselwirkung zwischen Entfernung und Auflösung zurückzuführen. Z. B. sind bei Beschäftigungskrämpfen einzelne Muskelbewegungen ausgeschaltet, dafür aber mehr allgemeine Bewegungen dieser Muskeln eingetreten, die aus der Ueberactivität des übrigen „Entfaltungniveaus“ entstehen. Es sind Ausgleichungsergebnisse wie es Psychosen und Epilepsieen sind.

Die höchsten Centren sind die psychische Basis des Bewusstseins; in so fern ist es gerechtfertigt von ihnen als den Trägern des Bewusstseins zu sprechen, aber es wäre falsch das Bewusstsein als ihre *Function* anzusehen. Deshalb ist die Doctrin, dass die Seele, das Bewusstsein, sich durch das Nervensystems, die höchsten Centren in erster Linie äussert, nicht annehmbar, ebenso die andere Fassung dass Seelenzustände und die Thätigkeit der höchsten Centren ein und dasselbe sind. Verf. bekennt sich zu der „Concomitanztheorie", dass beide Dinge nebeneinander bestehen, für jeden Seelenzustand ein correlativer nervöser Zustand, und dass keine Interferenz zwischen beiden Statt hat. So ist *Denken* an einen Stein ein rein psychischer Zustand, dessen correlativer psychischer eine schwache Entladung innerhalb der höchsten Centren ist. Sie kann hinreichen, sich in gewissen Theilen des Körpers zu repräsentiren, durch die Retina oder durch Augenbewegungen. Beim *Erblicken* eines Steines erhalten die höchsten Centren einen Eindruck von der Peripherie und reagiren darauf, der Vorgang ist nichts als eine höchst complicirte Reflexreaction.

Hiernach analysirt H. die Symptomatologie des leichten epileptischen Anfalls (petit mal). Er entsteht aus einer schwächeren Entladung innerhalb der höchsten Centren als der schwere Anfall. Die Hemmung von Seiten der mittleren Centren lässt nur schwache peripherische Wirkungen zu Stande kommen, die Bewusstseinsstörung entsteht durch Irradiation der Entladung in den höchsten Centren. Wird sie frühzeitig in gewissen Theilen des Körpers „repräsentirt", noch ehe die Ausbreitung in den höchsten Centren erfolgt ist, so kommt es zu Auraerscheinungen: Geruchswahrnehmung, Angstgefühle, partiellen Zuckungen, Blässe u. s. f.

Für die Anfälle im Allgemeinen entwirft Verf. folgendes Schema:

1) Plötzliche und ausgebreitete Entladungen bewirken ausgebreitete Convulsionen oder deren Aquivalente und plötzliche Bewusstlosigkeit.

2) Bei der postepileptischen Geistesstörung sind drei Grade zu unterscheiden: den drei Stufen von Erschöpfung (Ausschaltung) oder negativem physischen Zustande entsprechen negative psychische Zustände (Bewusstlosigkeit) und den drei Stufen von Entfaltung entsprechen positive psychische Zustände. a) In oder nach dem leichten Anfall besteht Bewusstlosigkeit für die gegenwärtige Umgebung, aber gesteigertes Bewusstsein (Traumzustand) für die frühere Umgebung. b) Nach einem schweren Anfall oder bei partieller Erholung oder Rückentfaltung von den Folgen einer schwersten bestehenden Bewusstlosigkeit und Handlungen zugleich. c) Nach einem schwersten Anfall entsteht Coma. Als Vergleiche mit diesen drei Graden können die drei Formen des Schlafes angegeben werden a) der Schlaf mit Träumen, b) der (tiefere) Schlaf mit Somnambulie, c) der tiefste traumlose Schlaf. Auch für die Stadien der Trunkenheit und der Vergiftung mit Belladonna, Cannabis ind. etc. und die chronische Geistesstörung überhaupt gilt dasselbe Schema.

Matusch (Sachsenberg).

80) **Eugen Konrád**: Von einem geheilten Falle luetischer Psychose.
(Orvosi Hetilap 1887. Nro. 46.)

Nach dem Verf. stösst die Einleitung einer antisyphilitischen Therapie nur dann auf eine entschiedene Indication, wenn 1) körperliche luetische Symptome zugegen sind und 2) wenn neben den luetischen anamnestischen Daten in dem Verlaufe der Psychose plötzlich und unerwartet derartige cerebrale Symptome zum Vorschein gelangen, welche per exclusionem nur auf syphilitischen Ursprung reducirbar sind. Bemerkenswerth ist es, dass eine Psychose meistens in jenen Fällen von Lues erscheint, bei welcher entweder die secundären Symptome fehlten oder nur in geringem Maasse sich zeigten oder wo die Lues sofort mit den sogenannten „tertiären" Erscheinungen den Anfang machte. Der mitgetheilte Fall ist der folgende:

Ein 34 jähr. Bergwerk-Arbeiter wurde am 7. Juni 1886 in die unter der Leitung des Verf. stehende Irrenanstalt aufgenommen Der Kranke litt vor 4 Jahren an heftigen Kopfschmerzen und „Mundschmerzen". Gegen seine Krankheit wurden Zinoberräucherungen in Anwendung gebracht, seine Nase jedoch sank ein. In demselben Jahre sah er im Walde aus der Erde eine Flamme emporlodern, welche bald wie Sonne, Mond, bald wie Regenbogen glänzte. Er dachte, es seien dort Schätze vergraben und als er den Schatz gefunden und in seinen Hut gelegt hat, sprang daraus ein Haase hervor und fing an ihn zu würgen. Darauf erschrack er derart, dass er 3 Tage hindurch nicht reden konnte. Seit dieser Zeit hörte er oft die Stimme des Haasen und theilte ihm Befehle aus (er reisse sein Haus nieder, soll Ochsen, Rinder stehlen etc.). — In seiner Familie kam weder eine Psychose noch Epilepsie vor. Er selbst Alkoholist.

Status praesens. Das Nasenbein ist eingesunken, in der Mitte des harten Gaumens eine linsengrosse Narbe. Der linke untere Facialis ist schwächer innervirt. Andere motorischen und sensitiven Symptome sind nicht vorhanden. Drüsenanschwellung, Narben, Hautverfärbungen fehlen. Patient klagte über das Gefühl des Ameisenkriebelns an der Stirne. Nachts konnte er gar nicht schlafen, Sausen im linken Ohr. Während der Beobachtungs-Zeit hatte er Sinnestäuschungen (dass eine Ziege und Haase zu ihm sprachen, er höre seine Frau und Kinder weinen; er sieht auf der Landstrasse seinen Bruder); anderweitige Symptome: intensive Kopfschmerzen, Erbrechen, maniakalische Erregung abwechselnd mit Gemüthsdepression. Am 5. September ein epileptiformer Anfall. Ohnmacht. Am 9. Januar fehlerhaftes Sehen am linken Auge, die Lichtreaction derselben Pupille sowie deren Erweiterung nur mangelhaft; innerhalb eines halben Meters sieht er die grösseren Gegenstände nur verschwommen; das Ticken der Uhr hört er auf keinem Ohr; der rechte untere Facialis gelähmt; untere rechte Extremität paretisch. Hauthyperaesthesie, Kniephänomen etwas gesteigert. Auf Mercurialeinreibungen war die

Rückentwickelung der Symptome nach dem Dazwischentreten von Erregungszuständen derart vorgeschritten, dass der Kranke am 25. Juni geheilt entlassen wurde. Moravcsik (Budapest).

---

81) **T. D. Crothers** (Washington): The disease of inebriety and its treatment. (Die Trunksucht und ihre Behandlung.)
(The Lancet. 13. Nov. 1887.)

Der Umstand, dass erbliche Belastung, gewisse physische und psychische Einflüsse, Structurveränderungen des Gehirns, unregelmässige verzögerte oder mangelhafte Entwicklung desselben etc. Trunksucht hervorzurufen pflegen, stempelt dieselbe bekanntlich zu einer psychischen Krankheit, die sich behufs Linderung der Beschwerden derselben vorzugsweise in dem Verlangen nach spirituösen Getränken kund gibt.

Oft ist es der erste Genuss derselben, der die krankhaften Neigungen zum Ausbruch bringt, oft auch sind es schwach angelegte Individuen, die gelegentlich leicht der Trunksucht verfallen.

Stellt sich jenes Verlangen nur zeitweise ein, eine Erscheinung, die an Epilepsie erinnert, so deutet dies auf eine schwere Erkrankung des Gehirns hin.

Nach diesen Principien richtet sich diese Behandlung jener Psychose, die von einer aufgedrungenen religiösen Erbauung ebenso wenig wie andere Psychosen geheilt wird, und die, wenn die Freiheit des Kranken die menschliche Gesellschaft gefährdet, die Aufnahme desselben in eine Krankenanstalt nothwendig macht. Pauli (Köln).

---

82) **Ball** (Paris): Le morphinomane abstème. (Manie in Folge von Morphium-Abstinenz.) (Gaz. des Hôp. 1887. Nro. 149.)

Zu den gefährlicheren Abstinenzerscheinungen der Morphiumsucht gehört Insomnie, mehr noch derjenige somnolente Zustand, aus welchem die Kranken nur schwer zu erwecken sind.

Hiran schliessen sich eine oft allen Mitteln hartnäckig trotzende Diarrhoe sowie Delirium tremens.

Dieselbe manifestirt sich 7—8 Stunden nach der Unterdrückung des Morphium durch grosse Agitation, Zittern, abundante Schweisse und heftige Delirien. —

Interessant ist die Wahrnehmung, dass da wo ein Recidiv des Morphinismus vorliegt, die Spritze nicht mehr wie früher dieselbe Linderung und denselben Zustand von Glückseligkeit bewirkt.

Bei der Behandlung des Morphinismus wird vor dem Missbrauch alkoholischer Getränke gewarnt, weil diese die Effecte des Morphium verdoppeln.

Die Darreichung von Opium und Kaffee, welch letzterer ein excellentes Mittel ist, befürwortet B. Pauli (Köln).

---

83) **Parcy Smith** (Bethlem London): Cases of typhoid fever in the insane. (Fälle von Typhus bei Geisteskranken.)
(The journal of mental science. April 1887.)

5 Fälle von Typhus abd., in denen bei zweien die psychischen Symptome mit Einsetzen des Fiebers verschwanden. Bei den übrigen war keine nachhaltige Einwirkung zu bemerken, bei zweien leichte Besserung während der Fieberzeit. Matusch (Sachsenberg).

---

84) **Colin Campbell** (Perth): A case of moral insanity.
(The journal of mental science. April 1887.)

M. E., 49 Jahre alt, aus excentrischer Familie, als Kind scheu und linkisch, verzogen, Masturbant, später ungeregeltes Leben, Trunk, übermässiger Tabaksgenuss, Anstrengungen im Geschäfte. Vor der Aufnahme in Folge von dissolutem Lebenswandel und Alcoholmissbrauch Verschlimmerung, Hypochondrie, brutales Wesen, Bedrohung des Lebens seiner Schwestern. In der Anstalt Besserung, Pat. machte aber, nachdem es ihm gelungen war, zu entweichen, den Versuch seine Schwestern zu verklagen. Wieder eingebracht besserte er sich fernerhin und wurde nach $1^1/_2$ jähriger Behandlung genesen entlassen. Indessen ist grosse Gereiztheit gegen seine Schwestern noch immer vorhanden und Verf. hörte von verschiedenen Versuchen des Entlassenen, Klagen gegen sie anhängig zu machen. Nach Campbell's Ansicht müsse der Fall, obgleich er zur Moral insanity Pritchard's gehöre, eher als „affectives Irresein" bezeichnet werden. Nach Ansicht des Ref., ist es einfacher Schwachsinn, dem durch die Complication mit Trunksucht bestimmte Färbung gegeben ist.
Matusch (Sachsenberg).

---

85) **R. S. Steward:** Ataxo-spasmotic tabes (Ataxia paraplegia) accurring in a case of primary dementia. (Atactische Paraplegie bei primärer Demenz.) (The journal of mental science. April 1887.)

Verf. trennt mit Gowers die ataxia paraplegia als eine besondere Systemerkrankung von der Tabes (Erb). Die Haupterscheinungen des Falles summirt er in folgendem: Vater Trinker. Beginn mit Sprachbehinderung und psychischer Schwäche. Atactischer Gang. Fehlendes Kniephänomen. Erhaltene Superficialreflexe. Partielle Anästhesie (richtiger: allgemein herabgesetzte Empfindung. Ref.) Keine lancinirenden Schmerzen. Zunehmende Motilitätsstörung. Rigidität. Fibrilläres Zittern. Abmagerung. Muskelatrophie. Decubitus und Diarrhoe. Zunehmende Trübung des Bewusstseins. Zeitweise Besserung. Herabsetzung des Geruchs und Geschmacks. Gehörstäuschungen. Coma. Tod 16 Monate nach Beginn. Degeneration und Atrophie der Ganglienzellen der Hirnrinde und des Rückenmarkes. Primäre Sclerose der Seiten- und Hinterstränge.
Matusch (Sachsenberg).

---

86) **Sanger Brown** (New-York): Suggestions on the construction and organisation of hospitals for the insane. (Rathschläge über Bau und Organisation von Irrenanstalten.) (The journ. of ment. sc. April 1887.)

Verf. macht folgende wunderliche Vorschläge: das Wartepersonal soll in zwei Klassen getheilt werden, in eine getheilte ausschliesslich mit dem Wartedienst betraute und eine schlechter bestellte, die nur die Hausarbeit zu besorgen hat. Die Anstalt soll eine Reihe von Einzelschlafzimmern für Unruhige enthalten, jedes Schlafzimmer selbst nur möglichst wenig belegt sein. Für jeden Kranken ist sowohl im Nacht- wie im Tagraum 800 Cubikfuss zu bemessen. Ausserdem soll jede Klasse Reconvalescenten, Ruhige und Unruhige einen geräumigen Speisesaal haben, der mit der Küche direct zusammenhängt. Die Speisen sollen 3 $\times$ täglich servirt werden. Der dreimalige Marsch aus den Abtheilungen in die Speisesäle würde für die Kranken eine wohlthätige Abwechselung in der Monotonie des Anstaltslebens abgeben. Die Kosten eines nach solchen Grundsätzen gebauten Hospitals würden zwar „etwas höher" sein als gewöhnlich, der Mehrbetrag aber durch die billiger werdende Verwaltung gedeckt werden.

Matusch (Sachsenberg).

---

87) **Jos. G. Kiernan** (Chicago): American problems in psychiatry illustrated by a study of Cook county insanity statistics. (Aufgaben der Psychiatrie in A. durch das Irrenwesen der Grafschaft Cook illustrirt.) (The journal of mental science Juli 1887.)

Mit grösstem Freimuth schildert K. die unglaublichen Zustände in der Irrenanstalt Chiago's, wie sie bis 1883 geherrscht haben und theilweise trotz den Bemühungen des jetzigen ärztlichen Leiters noch herrschen. „Die verächtlichsten Politiker und ihre weibliche Sippe werden unter dem Vorwande, als Wärter zu dienen, dort untergebracht und die höheren Stellen mit Trunkenbolden, Spielern und Tingeltangelwirthen besetzt, die unglücklichen Kranken der milden Barmherzigkeit der Schlimmsten, Unsittlichsten und Rohesten ihrer Art übergeben". Sie sassen in licht- und luftlosen Löchern, wurden ungenügend genährt und gekleidet und waren fast ausschliesslich der Jurisdiction des Wartepersonals unterworfen, die nach Gutdünken mit Isoliren, Prügeln, Zwanksjacke und Fastentagen wirthschafteten oder als Beruhigungsmittel wieder nach Gutdünken Chloral und Spirituosen austheilten. Typhuskranke wurden 5 Tage vor ihrem Tode mit Zwanksjacke bestraft, weil sie nicht arbeiteten, männlichen Kranken wurden Schlüssel zur Abtheilung der Frauen übergeben und eine der Frauen wurde geschwängert. Die Gerüchte, die in die Oeffentlichkeit drangen, veranlassten Dr. Folsom zu einer Visitation, bei der er „betrunkene Wärter und Wärterinnen Orgien s. g. Anstaltsfeste feiernd fand, unbrauchbare Aerzte, armselige Nahrung, Kleidung und Feuerung". Aber eine Aenderung konnte der Besuch nicht erzielen. Wie machtlos die Aerzte noch jetzt den Verhältnissen gegenüber stehen, kennzeichnet

der Umstand, dass die Wirthschafterin sich ungestraft den Anordnungen des Directors widersetzen darf und dass der erste Assistenzarzt, der ihre Unsittlichkeit den Behörden anzeigte, wegen „verläumderischen Schriften“ zu 5 Dollar Strafe verurtheilt mit der Erklärung, dass er von rechtswegen eine Strafe von 250 Dollar und 6 Monaten Gefängniss verdient hätte! — „Und dazu eine Gesetzgebung im Staate (Illinois), über die Aufnahme von Irren, die der Humanität ins Gesicht schlägt, die den Gesunden nicht schützt, seitdem sie in die Hände fauler Politiker Machtvollkommenheiten gelegt hat, die sie achtbaren Aerzten verweigerten und die den Kranken und sein Eigenthum nicht hütet, da sie ihm erlaubt in der Anstalt Cheks auszustellen und bei streitigen Fällen die Begutachtung irgend welchen frisch aus einer Diplom-Mühle hervorgegangenen ärztlichen Politikern anheim gibt“.

Die Ursache der Zunahme der Geisteskranken im Staate Illinois (fast 3% in der Anstalt) sieht Kiernan in dem wachsenden Pauperismus und der unbeschränkten Einwanderung von Geisteskranken, Verbrechern und Armen. Besserung könne nur durch verbesserte Armenpflege, Revision, der Irrengesetzgebung und Beaufsichtigung der Einwanderung erfolgen. Jeder der nicht den Nachweis der Gesundheit, was Heredität, nervöse oder sonstige Erkrankung, Verbrechen und Pauperismus für sich und seine Ascendenz anbetrifft, führen könne, müsse zurückgewiesen werden. (!) Matusch (Sachsenberg).

---

88) **James Roric** (Dundee). On the treatment of the insane sixty years ago as illustrated by the earlier records of the Dundee royal asylum. (Die Irrenbehandlung vor 60 Jahren nach Berichten der Irrenanstalt Dundee). (The journal of mental science April 1887.)

Die ersten Jahresberichte der Irrenanstalt in Dundee haben besonderes Interresse, weil ihre Gründung in eine Zeit fiel, in der es „in der öffentlichen Meinung zu dämmern begann, dass Härte und Ketten nicht die geeignete Medicin für Geisteskranke seien“. Im ersten Bericht vom Jahre 1820 ist bereits ein Programm der Behandlung entwickelt, das heute in seinen Hauptpunkten nicht anders ausfallen würde, es spricht aus, dass die Geisteskranken nicht allein als gemeingefährliche Personen sondern als Kranke zu behandeln seien und welchen Erfolg milde Behandlung, Beschäftigung und ausgewählte Zerstreuungen gehabt hätten. Bei Gewaltthätigen so führt er weiter aus, „ist Zwang zuweilen nothwendig, aber er kommt selten und mit der möglichsten Milde zur Anwendung. Oefter wird es seitens der Wärter, die die Eigenheiten des Kranken kennen und ihn zu nehmen wissen, unnöthig“.

Der Bericht vom Jahre 1821/22 erwähnt, dass „körperliche Bestrafung hier unbekannt und nicht ein einziger Kranke länger als 1—2 Stunden des Tages isolirt worden sei“. Ein geisteskranker Verbrecher, dessen „fortgesetzte Reizbarkeit und Gewaltthätigkeit ihn

vor der Aufnahme zu perpetuirlichem Kettentragen verurtheilt hatte, sei in kurzer Zeit soweit hergestellt, dass er an den Festen der ruhigen Kranken theilnehmen konnte". Der Drehstuhl sei nur einmal gebraucht worden und habe nicht die gerühmte Wirkung erzielt. Ein Bericht (1824) lobt die Erfolge, die geeignete somatische Behandlung bei gewissen Formen von Geisteskrankheit gehabt habe. Ein Mann, der mit den Speisen Feuer zu verschlucken glaubte und desshalb die Nahrung verweigerte, sei durch die medicamentöse Behandlung seines Magendarmcatarrhs genesen. Der Bericht des folgenden Jahres (1825) stellt in die erste Reihe der angewandten Mittel ausser dem zeitgemässen Aderlass Bäder und kalte Abwaschungen und Abführmittel.

Im ersten Bericht ist über den ärztlichen Leiter der Anstalt nichts erwähnt, aus dem zweiten geht hervor, dass ihr ein nicht ärztlicher Superindendent vorstand, der sämmtliche Verwaltungsgeschäfte besorgte, die männlichen Wärter anstellte und entliess u. s. f., während seine Frau als „matrone" dieselben Functionen auf der weiblichen Abtheilung ausübte. Er war in ärztlichen Sachen dem die Anstalt nach Bedarf besuchenden Arzte untergeben. Als später (1828) zum Parlamentsbeschluss die Frage vorlag, ob nicht Irrenanstalten mit über 100 Insassen einen im Hause wohnenden Arzt haben sollten, entschieden die Curatoren, weil sich die bisherige Einrichtung so sehr bewährt habe, dass die Zahl 100 überhaupt für eine Anstalt nicht überschritten werden sollte. Dieser Beschluss ist glücklicherweise nicht lange in Kraft geblieben. Matusch (Sachsenberg).

III. Aus den Vereinen.

I. Medico-psychological association.

(Bethlem-London 9. November 1886.)

89) **Hayes Newington:** What are the tests of fisness for discharge of asylums. (Welches sind die Beweise für die Entlassungsfähigkeit aus der Anstalt?)

Verf. stellt die Frage im Wesentlichen hinsichtlich der Selbstmordsüchtigen und bespricht die Motive zu Selbstmord, die sich in drei grosse Gruppen: Geisteskrankheit, seelischen und körperlichen Schmerz theilen lassen. Unter die erste gehören die Impulse, Hallucinationen, Argwohnswahnideen u. s. f. und wo sie noch bei Selbstmordsüchtigen fortbestehen, dürfe man die Verantwortung ihrer Entlassung nicht auf sich nehmen. Ebensowenig bei solchen Gebesserten, die nach der Entlassung dieselben seelischen Stürme erwarten, die sie vor der Aufnahme zu Selbstmord trieben. Grosse Behutsamkeit erfordern die selbstmordsüchtig gewesenen Hypochonder und die Schlaflosen. Das körperliche Befinden gebe zwar einen Massstab für die Prognose aber vor unerwarteten Rückfällen stelle es nicht sicher. Ausser den Motiven zu Selbstmord sei die Beurtheilung der Gegen-

motive in jedem Falle von grösstem Werth. Verf. gruppirt diese in folgender Weise: 1) Abstracte Lust zum Leben und Furcht vor dem Tode, 2) Physische Todesfurcht, 3) Furcht vor dem Jenseits, 4) Wunsch seiner selbstwegen noch weiter zu leben, 5) Hoffnung auf bessere Tage, 6) Liebe zur Familie und zu Freunden, 7) Moralischer Sinn. Je höher man in dieser Staffel steige, um so mehr sehe man diese Eigenschaften in der Geisteskrankheit untergehen, aber je klarer sie in der Besserung wieder hervortreten, um so besser gestalte sich die Prognose quoad suicidium. Eine bedeutende Versicherungspolice sei unter Umständen ein werthvolles Gegenmotiv, das manche sonst noch dem Arzte auftauchende Bedenken gegen die Entlassung niederschlägt. Weit ungünstiger als die erworbene sei die hereditäre Disposition zu Selbstmord, weil sie congenitale Widerstandsschwäche bedeute. Unter den zahlreichen practischen Winken des Vortr. scheint einer weniger acceptabel. N. räth an, als „immer zu empfehlen, wo zuweilen nicht passend", den Kranken grade aus zu fragen, ob er sich selbst nun sicher fühle und das Vertrauen zu ihm nach der mehr oder minder grossen Zuversichtlichkeit der Antwort abzumessen. Matusch (Sachsenberg).

---

90) **Geo H. Savage:** When should homicidal patients be sent on leave or discharge? (Wann sollen Patienten mit Mordtrieb beurlaubt oder entlassen werden?)

Man müsse unterscheiden zwischen solchen die Mord begangen und solchen die nur damit gedroht hätten, bei letzteren sei mit der geringeren Verantwortlichkeit die Schwierigkeit geringer. Entscheidend sei, ob von dem Kranken oder Genesenen in Zukunft ähnliche Anfälle gefährlicher Gewaltthätigkeit zu befürchten seien. Handle es sich um einen Opiumesser oder Säufer, so müsse man erwägen, ob er später wieder in sein Laster zurückfallen werde oder nicht. Bei den gefährlichen Ausbrüchen geschlechtlich Perverser gebe die körperliche Besserung brauchbare Fingerzeige. Grösste Vorsicht sei bei allen denen geboten, die an degenerativen Psychosen leiden.

Matusch (Sachsenberg).

II. Association française pour l'avancement des sciences zu Toulouse.

16. Sitzung 1887. (Gaz. des Hôp. 1887 Nro. 125.)

91) **Burot:** Le maladie des tics convulsifs. (Tic convulsif.)

Es wird folgender Fall mitgetheilt, der eine bis jetzt wenig bekannte Krankheit betrifft, welche Charcot eine Krankheit der Tics convulsifs, Gilles eine von ungeordneten Reflexbewegungen und von Echolalie und Caprolalie begleitete Nervenaffaction und amerikanische Aerzte „Jumping" genannt haben:

Bei einem 19jährigen Mädchen machten sich zuerst im 6. Lebensjahre im Gegensatz zum gewöhnlichen Tic convulsif, wo fast immer nur die Muskeln einer Gesichtshälfte befallen werden, Zuckungen in den beiden Gesichtshälften, am Halse und an den oberen Extremitäten bemerkbar, zu welchen sich 6 Jahre später eine eigenthümliche Sprechweise und eine besondere Vorliebe, gewisse Worte häufig auszusprechen gesellten.

Eine weitere Eigenthümlichkeit bestand darin, dass die Kranke die meisten von ihr percipirten Geräusche gern nachzuahmen pflegte.

Gegen dieselben sehr empfindlich, hatte sie ausserdem viele Capricen und allerlei sonderbare Vorstelllungen.

Alles deutet fährt B. fort, darauf hin, dass hier, anscheinend unter dem Einflusse erblicher Belastung, die cerebrale Reflexthätigkeit krankhaft gesteigert und die Willenskraft geschwächt war.

In Folge dessen prägten sich die empfangenen Eindrücke tiefer als gewöhnlich in das Gehirn ein und behaupteten desshalb und wegen der erwähnten Willensanomalie, trotz erhaltener Intelligens, längere Zeit die Alleinherrschaft im Bewusstsein. Die Prognose dieser Krankheit ist nicht so schlecht, wie man allgemein zu glauben geneigt ist.

Behufs Beseitigung derselben war es Aufgabe, die Reflexerregbarkeit herabzusetzen und die Willenskraft zu heben.

Beide Ziele erstrebte der Versuch, die Kranke zu beruhigen und ihr die Ueberzeugung beizubringen, dass, wenn sie ernstlich wolle, sie ihre Bewegungen und Worte im Zaume halten könne.

Diese Encheirese im Verein mit Aetherpulverisationen, prolongirten warmen Bädern und Laxantien wirkte so vortheilhaft, dass mit der Zeit vollständige Heilung zu erwarten steht.

Pauli (Köln).

IV. Tagesgeschichte.

Aus Berlin. In der Königl. *Strafanstalt Moabit* (Zellengefängniss) ist am 1. Januar, eine *Abtheilung für Geisteskranke* eröffnet worden. Wie die „D. Med. Wochenschr." meldet, ist zum Arzt derselben Dr. Wulffert ernannt, der bisher an der rheinischen Provinzial-Irrenanstalt zu Merzig thätig war. Durch die neue Einrichtung ist die vielfach erörterte Frage wegen Unterbringung geisteskranker Verbrecher für Preussen zum Austrag gebracht und damit hoffentlich eine Befreiung der öffentlichen Irren-Anstalten von der Aufnahme dieser Unglücklichen herbeigeführt. Dagegen werden die Gerichte gemäss § 81 der Strafprozess-Ordnung fortfahren, Angeschuldigte zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand den öffentlichen Irrenanstalten zu überweisen.

Aus Hamburg. Herr Dr. Reinhard, II. Arzt der hiesigen Irrenanstalt hat das ihm angebotene Stadtphysicat angenommen.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig. Druck von **Philipp Werle** in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. 1. Februar 1888. Nro. 3.

Inhalt.

I. Originalien. Ueber den Begriff der Hysterie. Von **P. J. Möbius.**

II. Original-Vereinsberichte. I. 45. Versammlung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau am 30. November 1887. **Lissauer**: Ueber amnesia acuta potatorum. **Freund** Demonstrirt zwei Fälle von genereller Gedächtnissschwäche bei älteren Alkoholistinnen. **Neisser**: Ueber originäre Verrücktheit von Sander. **Leppmann**: Geistesstörung als Ehescheidungsgrund. II. Psychiatrische Gesellschaft zu St. Petersburg. Dr. **Pauline Tarnowsky**: Zweite Mittheilung über anthropometrische Messungen an einer neuen Serie von 100 Prostituirten, 100 Diebinnen und 50 ländlichen, meist verheiratheten Arbeiterinnen. III. Psychiatrischer Verein zu St. Petersburg. Prof. **Mierszejewski**: Ueber Verletzungen der Muskeln und Sehnerven eines Auges durch einen Pistolenschuss.

III. Referate und Kritiken. **Helweg**: Studien über den centralen Verlauf der vasomotorischen Nervenbahnen **Giulio**: Zur Gehirnhistologie. **Friedmann**: Ueber progressive Veränderungen der Ganglienzellen nebst einem Anhang über active Veränderungen der Axencylinder. **Jensen**: Darstellung und Beschreibung einer intrauterin entstandenen Narbe in der rechten Hemisphäre des Gehirns eines chronisch Blödsinnigen. **Thomsen**: Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der acuten completen (alkoholischen) Augenmuskellähmung (Polioencephalitis acuta superior Wernicke). **Abercrombie**: Tödtlicher Fall von Hemiplegie beim Kinde mit Sectionsbefund. **Hoche**: Zur Lehre von der Tuberculose des Centralnervensystems. **Morel - Lavallée**: Ueber die Ursachen der Tabes; Ueberanstrengung und körperliche Strapazen. Ein Fall von Hemitabes. **Buss**: Ueber einen Fall von diffuser Hirnsklerose mit Erkrankung des Rückenmarks bei einem hereditär syphilitischen Kinde. **Caw**: Ein Fall von ungewöhnlicher Nervenkrankheit mit Necropsie und Untersuchung der Medulla. **Dévaux**: Pseudomeningitische Erscheinungen in Folge von Oxyuren. **Routier**: Traumatischer partieller subacuter Tetanus. Heilung. **Butlin**: Fall von acutem traumatischem Tetanus, erfolgreiche Behandlung durch grosse Dosen Salicin und Bromkalium. **Sympson**: Erfolgreiche Nervennaht bei Ulnarisverletzung. **Jensken**: Nervennaht des N. ulnaris nach 6 Monaten. **Haig**: Behandlung der Migraineanfälle durch Säuren. **Avellis**: Ueber Amylenhydrat als Schlafmittel. **Babinsky et Berbez**: Zwei neue Fälle von traumatischer hysterischer Lähmung beim Manne. **Brissaud et Marie**: Ueber die Betheiligung des Facialis bei der hysterischen Hemiplegie. **Emminghaus**: Die psychischen Störungeu im Kindesalter. **Bourneville et Baumgarten**: Alcoholismus bei einem Kinde. Demenz und Epilepsie in Folge von Meningoencephalitis. Diphtherie. **Lloyd**: Moral insanity im gerichtsärztlichen Standpunkte. **Tamburini**: Hallucination.

V. Aus den Vereinen. I. Société anatomique. II. Congrès d'ophthalmologie. III. Société de chirurgie. IV. Société médicale des Hopitaux. V. Société de Thérapeutique. VI. Société française d'otologie et de laryngologie. VII. Association française pour l'avancement des sciences.

I. Originalien.

Ueber den Begriff der Hysterie.

Von P. J. MÖBIUS.

Jeder Erörterung sollte eine Begriffsbestimmung des Gegenstandes vorausgehen. Das klingt altväterisch, ist aber richtig. Bei wenig Gegenständen hat der Mangel an einer ausreichenden Begriffsbestimmung so viel Unklarheiten, Widersprüche, Missverständnisse bewirkt wie bei der Hysterie.

Dass die Wortbedeutung (etwa = Gebärmuttersucht) nicht dem Begriffe entspricht, sah man allerdings verhältnissmässig frühzeitig ein. Man kann fragen, ob es zweckmässig sei, das unpassende Wort überhaupt beizubehalten. Die Frage ist wohl zu bejahen, wenn wirklich alle hysterischen Erscheinungen ein gemeinsames Kennzeichen haben. Alte Gebräuche lassen sich nicht ohne weiteres beseitigen und in Wirklichkeit denkt doch jetzt Niemand mehr an den Uterus, wenn er von Hysterie srpricht. Dieses Wort ist eben mit der Zeit zum blosen Zeichen geworden und schliesslich müsste das Wort, welches an seine Stelle treten sollte, anch erst seiner eigentlichen Bedeutung beraubt werden, da man neue Worte nicht schaffen kann. Mit der Melancholie, der Hypochondrie und dgl. geht es ja ähnlich, die schwarze Galle und der Bauch führen Niemand mehr irre.

Es würde nicht rathsam sein, alle die Definitionsversuche, welche im Laufe der Zeit gemacht worden sind, aufzuzählen. Ein wichtiger Fortschritt in der Entwickelung ist darin zu sehen, dass mehr und mehr die Erkenntniss sich herausarbeitet, die Hysterie sei eine Psychose, d. h. die wesentliche, die primäre Veränderung sei ein krankhafter Zustand der Seele. Da nun aber anerkanntermaassen Fälle von Hysterie vorkommen (besonders bei Männern), in welchen nachweisbare Störungen der seelischen Thätigkeiteu im engeren Sinne nicht vorhanden sind, kann das wesentliche Kennzeichen nicht in der Art der psychischen, sondern in der der somatischen Symptome gesucht werden. Die seelischen Eigenthümlichkeiten, an welche wir gewöhnlich bei der Hysterie denken, die Launenhaftigkeit, die Sucht, aufzufallen und Aehnliches, können da sein oder fehlen. Wo dagegen körperliche Symptome bestimmter Art vorhanden sind, da diagnosticiren wir Hysterie, ohne nach etwas Weiterem zu fragen. Wie müssen nun diese körperlichen Störungen beschaffen sein? Ich glaube, man kann antworten: *Hysterisch sind alle diejenigen krankhaften Veränderungen des Körpers, welche durch Vorstellungen verursacht sind.**)* Dass Vorstellungen, welche mit lebhaften Lust- oder Unlustgefühlen verknüpft sind, allerhand

*) Am nächsten steht dieser Begriffsbestimmung folgende Charakterisirung Kraepelin's (Psychiatrie. p. 390)): „Als wirklich einigermassen charakteristisch für alle hysterischen Geistesstörungen dürfen wir vielleicht die ausserordentliche Leichtigkeit und Schnelligkeit ansehen, mit welcher sich psychische Zustände in mannigfaltigen körperlichen Reactionen wirksam zeigen . . . .

körperliche Veränderungen hervorrufen, weiss jedes Kind: das Weinen, das Lachen, die Schamröthe, das Zusammenlaufen von Wasser im Munde, das Erbrechen aus Ekel, der Angstschweiss, der Durchfall aus Furcht, das Starrwerden vor Schreck, die Gefühllosigkeit im Affekt u. s. w. u. s. w. Die hysterische Art besteht eben darin, dass sowohl diese Veränderungen ungewöhnlich leicht und ungewöhnlich heftig durch Vorstellungen hervorgerufen werden, als dass Vorstellungen körperliche Störungen hervorrufen, welche bei Gesunden überhaupt nicht beobachtet werden, z. B. Hemianästhesie. In vielen Fällen hat die Form der körperlichen Störung keine gerade Beziehung zur ursächlichen Vorstellung. Es kann aber auch der Inhalt der letzteren die erstere in sofern bestimmen, als durch ihn die Aufmerksamkeit auf bestimmte Körpertheile gelenkt wird. So kann ein leichter Stoss auf die Schulter die Besorgniss einer schweren Beschädigung des Arms erwecken: eine hysterische Lähmung des Armes ist die Wirkung. Wahrscheinlich ist ein derartiger Zusammenhang häufiger, als es von vornherein den Anschein hat. Es ist aber oft schwer ihm nachzugehen, da begreiflicherweise die Verknüpfung der Vorstellungen die seltsamste sein kann und der Betroffene selbst ausser Stande zu sein pflegt, von den Vorgängen in seinem Inneren Rechenschaft zu geben.

Man kann gegen die hier vertretene Auffassung der Hysterie in der Hauptsache zwei Einwände machen. Man kann sagen, einmal erklärt jene nicht alle Symptome der Hysterie und zum anderen zählt sie Dinge zur Hysterie, die nicht zu ihr gehören.

Gegen den ersten Einwand ist Folgendes zu erwidern. Es ist zuzugeben, dass wir weder im Allgemeinen für alle hysterischen Symptome die Entstehung durch Vorstellungen beweisen können, noch im einzelnen Falle immer darzuthun vermögen, dass ein Symptom, welches durch Vorstellungen verursacht werden kann, wirklich so zu Stande gekommen ist. Es handelt sich eben vor der Hand um einen Analogieschluss. Die Erfahrung lehrt, dass hysterische Erscheinungen durch Vorstellungen, bez. durch die mit ihnen verbundenen Gemüthsbewegungen sehr oft entstehen und ebenso oft verschwinden. Diese Thatsache ist durch die experimentellen Untersuchungen der letzten Jahre nicht entdeckt, aber sozusagen ad oculos demonstrirt worden. Die Erfahrungen mit dem Hypnotismus im Allgemeinen, ganz besonders aber die Ergebnisse der Suggestion oder Eingebung, vermittelst welcher nahezu alle hysterischen Symptome nach Belieben hervorgerufen werden können, sind eben deshalb von grossem wissenschaftlichen Nutzen, weil sie auf das Wesen der Hysterie ein helles Licht werfen. Somit, weil sehr oft Vorstellungen Ursache der hysterischen Erscheinungen sind, glauben wir, dass sie es immer sind. Dieser Glaube bringt Klarheit und Einheit in unsere Auffassung, er bewährt sich vor Allem practisch, denn er allein bietet dem ärztlichen Handeln eine sichere Grundlage.

Ich betone, dass für Denjenigen, welcher die oben gegebene Definition annimmt, die hysterische Geistesstörung zu einer Complication

wird. Dass dieselbe die Hysterie sehr oft begleitet, das hat offenbar seinen Grund darin, dass die seelische Veränderung, welche das Wesen der Hysterie ausmacht, vermöge welcher Vorstellungen die verschiedensten körperlichen Störungen bewirken können, verwandt ist mit derjenigen, deren Erscheinung der „hysterische Charakter" oder die hysterische Geistesstörung ist.

Viel weniger Gewicht als der erste hat der zweite Einwurf. Allerdings wird durch unsere Definition das Gebiet der Hysterie erweitert, aber darin gerade liegt ihr Werth, dass sie alles das zusammenfasst, was wesensgleich ist. Ist die Anschauung, welche man sich bisher von der Hysterie gemacht hatte, zu eng, um alle durch Vorstellungen bewirkten krankhaften Erscheinungen zu umfassen, nun so muss sie eben erweitert werden, die unwesentlichen Merkmale müssen aufgegeben werden um des wesentlichen willen. So hat man Charcot's Beweisführung, dass die traumatische Neurose eine Form der Hysterie sei, dadurch zu widerlegen gesucht, dass der Verlauf, d. h. die Stetigkeit der Erscheinungen und die Besserungsunfähigkeit, gegen die Annahme der Hysterie entscheide. Ist aber wirklich, wie Charcot will, der Schreck (bez. die im Schreck auftauchenden Vorstellungen) Ursache der Erkrankung, so muss man eben anerkennen, dass die Flüchtigkeit der Symptome nicht zum Wesen der Hysterie gehört, dass es Formen der Hysterie giebt, bei denen sich die Erscheinungen stetig verschlimmern. So hat man die von Friedreich als Schreckneurose bezeichnete und Paramyoclonus multiplex genannte Erkrankung von der Hysterie getrennt, weil sonst bei Hysterischen die dem P. m. eigenthümlichen symmetrischen Zuckungen nicht beobachtet zu werden pflegen und weil bei dem P. m. die hysterische Geistesstörung fehlt. Da aber Entstehung und Verlauf kaum einen Zweifel über die hysterische Natur lassen, wird man eben in dem P. m. nur eine Unterart der Hysterie zu sehen haben.

Ganz unbegründet wäre die Befürchtung, dass durch unsere Definition der Begriff der Hysterie verwaschen werden möchte, da im Gegentheile er erst durch sie feste Grenzen erhält. Nur ein Missverständniss würde es z. B. sein, wenn man glaubte, auch die manche Formen des Irreseins begleitenden körperlichen Symptome, als die Spannung der Muskulatur in der Extase, die sogenannte Katatonie bei Verrückten und Aehnliches, fielen unter jene Definition. Hier wirkt die Vorstellung nicht als Ursache im engeren Sinne, sondern als Motiv. Die Kranken verharren in bestimmten Stellungen u. dgl., weil sie glauben, dies thun zu müssen, sie wollen z. B. in dieser oder jener Stellung bleiben, weil eine Stimme es befiehlt. Bei der Hysterie dagegen ist von einer Motivirung gar keine Rede, der Vorgang, durch welchen die Vorstellung die Lähmung oder was sonst bewirkt, liegt ausserhalb des Bewusstseins, d. h. der Kranke weiss nicht, wie er zu seiner Lähmung kommt.

Von der Neurasthenie ist die Hysterie gänzlich verschieden. Auch jene kann durch seelische Vorgänge entstehen, durch intellectuelle Ueberanstrengung, durch Kummer u. s. w., aber da handelt es sich

einfach um Ermüdung durch das Uebermaass dieser Thätigkeit, nicht um eine Hemmung oder Steigerung körperlicher Funktionen durch einzelne Vorstellungen. Mit Erschöpfung, welche laut des Namens das Wesen der Neurasthenie bildet, hat die Hysterie nichts zu schaffen. Sie tritt unter Völkern und zu Zeiten auf, in denen von Nervenschwäche gar keine Rede ist, kann durchaus nicht wie die Neurasthenie als Ergebniss der Ueber-Cultur betrachtet werden. Dass jedoch ein Hysterischer so gut wie ein anderer neurasthenisch werden kann, das liegt auf der Hand.

Eine weite Kluft trennt Epilepsie und Hysterie. Die Epilepsie muss eigentlich zu den organischen Gehirnkrankheiten gerechnet werden. Wir wissen, dass Herdläsionen des Gehirns, chronische Alkoholvergiftung, Bleivergiftung, Urämie u. A. epileptische Anfälle hervorrufen. Auch der sog. idiopathischen Epilepsie muss eine im weiteren Sinne physikalische Ursache zu Grunde liegen, Vorstellungen kommen da nicht in Frage. Das irreführende Wort Hysteroepilepsie sollte gänzlich unterdrückt werden, denn wenn einmal ein Mensch sowohl an epileptischen als an hysterischen Krämpfen leidet, so hat er eben 2 Krankheiten. Hat er aber hysterische Krämpfe, die nur ähnlich aussehen wie epileptische, so leidet er an Hysterie und an nichts weiter.

Endlich könnte man meinen, die Definition grenze die Hysterie nicht genügend ab gegen die Erscheinungen des gesunden Lebens. Eine solche Grenze ist aber weder nöthig, noch möglich. Die Hysterie ist eben nur die krankhafte Steigerung einer Anlage, welche in Allen vorhanden ist. Ein wenig hysterisch ist sozusagen ein Jeder. Es stände vielfach schlecht um die Erfolge der ärztlichen Praxis, wenn das nicht der Fall wäre.

In practischer Hinsicht ist die Hauptsache die, dass alle Erscheinungen der Hysterie, weil sie durch Vorstellungen entstanden sind, nur durch Vorstellungen aufgehoben werden können, soweit sie es überhaupt können. In gewöhnlicher Weise ausgedrückt heisst dies, es giebt keine andere Therapie der Hysterie als die psychische, ein Satz, welcher wohl schon ausgesprochen, aber oft missverstanden worden ist. Da die hysterischen Erscheinungen vom Kranken nicht absichtlich hervorgerufen werden, kann sie Absicht auch nicht beseitigen. War die Entstehungsursache kein Motiv, so wird auch die Ursache des Aufhörens keines sein. Die psychische Therapie darf daher nicht darin bestehen, dass man sich ermahnend oder erklärend an die Einsicht des Kranken wendet, sondern sie muss ihr Ziel auf Umwegen erreichen.

Wir wissen, dass im gewöhnlichen Leben manche körperliche Störungen, z. B. Singultus, leicht beseitigt werden können, sobald es gelingt, die Aufmerksamkeit in energischer Weise zu fesseln. In ähnlicher Weise gelingt es, wie Erfahrung lehrt, hysterische Erscheinungen zu heilen. Sobald das Interesse des Kranken vollständig von etwas Neuem in Anspruch genommen wird, kann, freilich nur unter bestimmten Umständen, welche sich zumeist unserer Beurtheilung ent-

ziehen) die Krankheit wie durch einen Zauber gehoben sein. Der durchschnittlichen Beschaffenheit der Menschen gemäss muss es sich in der Regel um Dinge handeln, von denen das eigene Wohl und Wehe abhängt. Die Eine verliebt sich und ist gesund, die Andere hört Feuer schreien und läuft auf den vorher gelähmten Beinen davon u. s. f. Für den Arzt ist freilich in der Mehrzahl der Fälle dieser Weg nicht der rechte. Theils stehen die wirksamen Mittel nicht in seiner Macht, theils sind dieselben zweideutig, in sofern als die heftigen Erregungen ebensowohl schaden als nützen können und man selten voraussehen kann, welches der Fall sein wird.

Der zweite Weg ist der der Eingebung. Als sein Schema kann man die im engeren Sinne so genannte Suggestion bezeichnen: der Arzt sagt zu dem hypnotisirten Kranken: du kannst den gelähmten Arm bewegen, und der Kranke kann es wirklich. Jedoch man hat sich der Eingebung bedient, ehe man den Hypnotismus kannte, man thut es täglich und ich glaube, man braucht den Hypnotismus, welcher immerhin ein bedenkliches Mittel ist, gar nicht. Es kommt eben nur darauf an, die feste Zuversicht auf Heilung zu erwecken. Freilich gehört dazu ein dem hypnotischen ähnlicher Zustand, der oder die Kranke muss sich hingeben, sich mehr oder weniger des eigenen Urtheils begeben im festen Vertrauen auf das Mittel oder besser noch auf den Arzt. Das Heil liegt im Glauben und zwar, um mich eines theologischen Ausdruckes zu bedienen, in der fides, qua creditur, nicht in der fides, quae creditur. Nicht der Inhalt, sondern die Festigkeit des Glaubens ist das Wesentliche. Man kann jede hysterische Erscheinung durch jedes Mittel heilen, durch Aqua destillata so gut als durch statische Elektricität. Derjenige Arzt kann es, dessen persönliche Eigenschaften oder dessen Ruhm den Kranken bezaubern. Abgesehen von der Persönlichkeit des Aerztes, wird ein Mittel um so wirksamer sein, jemehr es auf die Phantasie des Kranken wirkt. Ich brauche dies nicht näher auszuführen. Ganz entbehren lässt sich das physikalische oder chemische Mittel in der Regel nicht, da der Arzt die Rolle des Wunderthäters zumeist weder ausfüllen kann, noch übernehmen darf. Aber der wissenschaftliche Arzt muss wissen, dass, welches Mittel er auch gebrauche, er damit eine symbolische Handlung vollzieht, dass nicht der Chemismus, noch der Magnetismus, noch der Galvanismus, noch sonst etwas Materielles, sondern einzig und allein die Vorstellung wirkt.

Die Hysterie besteht nicht nur darin, dass Vorstellungen körperliche Beschwerden hervorrufen, sondern bei Hysterischen können auch durch physikalische Ursachen bewirkte Beschwerden durch die Vorstellung in gewissem Grade gehemmt werden. Es kann daher bei ihnen der Glaube den durch Entzündung verursachten Schmerz, den Husten der Bronchitis u. A. mehr oder weniger besiegen. Das ist sozusagen die nützliche Seite der Hysterie. Nun ist in irgend einem Grade jeder Mensch hysterisch. Ich erinnere hier an das Verschwinden des Zahnschmerzes beim Anblick der Zange. In dem Maasse, in welchem bei dem Einzelnen die hysterische Anlage entwickelt ist,

wird während irgend einer Krankheit der Glaube sich hülfreich zeigen, bei Allen aber wird er in etwas wirksam sein. Im Hinblicke auf diesen Umstand dürfte das eingehende Studium der Hysterie jedem angehenden Arzte auf das Angelegentlichste zu empfehlen sein. Dass die angedeuteten Erwägungen bei therapeutischen Erörterungen bisher vielfach noch nicht genügende Geltung gewonnen haben, möchte ich glauben. —

Den Schluss dieser kleinen Arbeit möge die Bemerkung machen, dass der Verf. hofft, in der Hauptsache sich in Uebereinstimmung mit dem Manne zu finden, dem die Lehre von der Hysterie mehr verdankt, als allen anderen, mit Charcot.

II. Original-Vereinsberichte.

I. 45. Versammlung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau am 30. November 1887.

Von Dr. Leppmann in Breslau.

92) **Lissauer** (Breslau) berichtet über eine Form von Gedächtnissschwäche in Folge von chronischem Alcoholismus, welche er, weil sie ihrem Character und Verlauf nach wesentliche Unterschiede von der langsam fortschreitenden Verblödung alter Säufer darbietet „*amnesia acuta potatorum*“ nennt.

Die Störung trat in mehreren Fällen unmittelbar nach einem typischen resp. subacuten Delir. potat. ein; sie kennzeichnete sich dadurch, dass frische Sinneseindrücke in wenigen Stunden vergessen wurden und die Erinnerung an frühere grosse Lücken aufwies. Im Laufe von Monaten traten an Heilung grenzende Besserungen auf.

93) **Freund** (Breslau) demonstrirt zwei Fälle von *genereller Gedächtnissschwäche* bei älteren Alcoholistinnen, welche sich dadurch auszeichnete, dass von einem bestimmten weit vor der Erkrankung zurückliegenden Lebensabschnitt an die Erinnerung völlig fehlte; ausserdem war die Verwerthung frischer Sinneswahrnehmungen dadurch beeinträchtigt, dass namentlich die zur Orientirung über die Oertlichkeit nothwendigen Eindrücke nicht im Gedächtniss hafteten. Die eine Patientin zeigte dazu *amnestische Agraphie.*

94) **Neisser** (Leubus): *Ueber die originäre Verrücktheit von* Sander.

Das von Sander gezeichnete Krankheitsbild habe charakteristische Züge, auch ohne dass man auf die Vorgeschichte und die nervöse Beanlagung der Kranken so grosses Gewicht lege, wie Sander es gethan hat. Dazu gehöre das Symptom der Erinnerungstäuschung oder Confabulation. Wenn man gewisse Krankheitszustände, wie die progressive Paralyse, die Altersdemenz und epileptische Dämmerzustände ausnehme, so komme dieses Symptom nur noch bei originärer Verrücktheit vor. Der Vortrag wird im Archiv für Psychiatrie in extenso veröffentlicht werden.

95) **Leppmann:** *Geistesstörung als Ehescheidungsgrund.*

Verf. berichtet über einen gerichtsärztlichen Fall, welcher eine primär Verrückte betrifft, die im Entmündigungsverfahren, wo sie geschickt dissimulirte für blödsinnig erklärt wurde, während später bei einer ärztlichen Begutachtung im Ehescheidungsverfahren Wahnsinn im Sinne des A. L.-R. festgestellt werden konnte, da die Kranke die Fähigkeit mit ihren Ideen zurückzuhalten verloren hatte, und in ihrem ganzen Verhalten eine Consequenz derselben zeigte. Hierauf erfolgte auch die Ehescheidung wegen Geistesstörung.

Im Anschluss daran erörtert er die von ihm unter der Mitarbeiterschaft eines Juristen zusammengestellten Rechtsnormen und rechtsphilosophischen Grundsätze, welche in Bezug auf die erwähnte Materie bei den modernen Culturstaaten bestehen und zeigt, dass, abgesehen von der unhaltbaren Unterscheidung zwischen Blöd- und Wahnsinn, das A. L.-R. die günstigsten Bestimmungen enthalte, da es als Ehescheidungsgrund eine voraussichtlich unheilbare Geistesstörung von nur einjähriger Dauer gelten lasse, während die meisten anderen Gesetze eine Ehetrennung wegen Geisteskrankheit überhaupt nicht zuliessen, oder eine mehrjährige Dauer des Leidens mit bestimmten Beschränkungen, wie z. B. die Nothwendigkeit der Anstaltsbehandlung forderten. Es sei aber eine möglichst weitgehende Anerkennung der Geistesstörung als Scheidungsgrund ärztlicherseits zu verlangen, um die Möglichkeit der Zeugung schwer belasteter Individuen und die ungünstige Einwirkung geisteskranker Eltern auf die Erziehung ihrer im besten Falle geistig labilen Kinder zu vermindern. Auch die Billigkeit fordere gleiches, da andere Gebrechen, wie z. B. die unheilbare Impotenz, die Ehescheidung begründen, obgleich dabei eine gemeinsame Weiterverfolgung wichtiger ethischer Zwecke der Ehe viel leichter möglich sei, als bei dem Bestehen einer Psychose. (Der Vortrag wird in extenso veröffentlicht werden.)

II. Psychiatrische Gesellschaft zu St. Petersburg.

Sitzung vom 21. November 1887.

Von Dr. Hinze in St. Petersburg.

96) Dr. **Pauline Tarnowsky:** *Zweite Mittheilung über anthropometrische Messungen an einer neuen Serie von 100 Prostituirten, 100 Diebinnen und 50 ländlichen, meist verheiratheten Arbeiterinnen.*

In ihrer ersten Mittheilung berichtete die Vortragende über Messungen an 50 Prostituirten, 50 ländlichen, analphabeten Arbeiterinnen und 50 intelligenten Damen aus der gebildeten Gesellschaft. Es wurden bei diesen Subjecten 20 Maasse an Schädel und Gesicht nach Broca genommen und der Index cephalicus berechnet, darauf die übrigen Körpermaasse, Wuchs, Gewicht u. a. bestimmt und in Tabellen zusammengestellt, welche in einer ausführlichen Arbeit veröffentlicht werden sollen. Hier werden nur die mittleren Hauptmaasse des Schädels in Centimetern angeführt.

Durchmesser.	50 Prostituirte der 1. Serie.	100 Prostituirte der 2. Serie.	100 Diebinnen.	Nördliche Bäuerinnen 50.	Südliche Bäuerinnen 50.	Intelligente Frauen.
Diam. anteroposterior	17,745.	17,870.	17,940.	18,320.	17,970.	18,320.
„ transvers. maxim.	13,900.	14,427.	14,390.	14,480.	14,480.	14,520.
Circumfer. cran. horiz.	52,930.	53,279.	53,557.	52,754.	53,607.	58,850.
Distantia bizygomat.	11,445.	11,262.	11,256.	10,940.	11,380.	11,270.
„ biangularis	10,150.	10,096.	9,082.	9,092.	9,980.	9,800.

Aus der vorliegenden Tabelle ergibt sich deutlich, dass die hauptsächlichsten Schädelmaasse bei den Prostituirten geringer sind, als bei den arbeitenden Bäuerinnen, aber auch, dass die Gesichtsmaasse, Unterkiefer, Backenknochen umgekehrt grösser als bei den anderen Kategorien von Weibern sich darstellen. Die Distantia biangularis ist um mehr als 1 Centimeter grösser bei den Prostituirten, als z. B. bei den Bäuerinnen und deutet das Vorwiegen der Gesichtsmaasse über die Schädeldurchmesser auf einen weniger vollkommenen Typus bei Personen einer und derselben Raçe.*)

Verf. fand ausserdem eine Fülle psychischer Zeichen von Entartung bei den Prostituirten, wie: unregelmässige Entwickelung des Schädels (Oxycephalia, Platycephalia, Stenocephalia), Anomalien des harten Gaumes (sattelförmiger und nicht verwachsener Gaumen), unvollkommene Ausbildung der Zähne, der Ohren (Morel'sches Ohr), Asymmetrie des Gesichtes und der Extremitäten u. a. Solcher Abweichungen von der Norm wurden an einer und derselben Person in folgendem Verhältnisse angetroffen:

Zu	1	Anomalie	— bei 11	Prostituirten.
	2	Anomalien	„ 21	„
	3	„	„ 26	„
	4	„	„ 20	„
	5	„	„ 12	„
	6	„	„ 5	„
	7	„	„ 3	„

Ziehen wir 11 Prostituirte mit nur je einem Degenerationszeichen, welche nicht zu den anormalen Personen gerechnet werden können ab, so erhalten wir 87% Zeichen psychischer Entartung bei den genannten Prostituirten, bei den Diebinnen beträgt dasselbe 79, bei den arbeitenden Bäuerinnen nur 12%. Hinsichtlich der Ascendenz der Prostituirten und Diebinnen wurde bei ersterer 83%, bei letzterer 41% Alkoholiker constatirt; dieser % satz betrug bei den ländlichen Arbeiterinnen 16%. Phthise und nervöse Erkrankungen der Eltern

*) Verfasserin hat nach mündlicher Mittheilung bei ihren Berechnungen, um möglichst gleichmässiges Material zu erhalten, die aus dem Findelhause stammenden und ihrer Herstammung unbewussten, sowie alle, deren Geburtsort unbekannt war, ausgeschlossen.

wurden in der Anamnese nicht selten angetroffen, wenn auch nicht so häufig, wie der Alkoholismus. Geburten wurden bei den Prostituirten 34%, bei den Diebinnen 25,6%, bei den Bäuerinnen 52,8% constatirt, Zahlen, welche eines besonderen Commentares nicht bedürfen. Frau Dr. Tarnowski zählt zu den Zeichen der physischen Entartung auch das *Erlöschen der Nachkommenschaft, resp. der Familie,* welches bei den Prostituirten 20% betrug.

Zum Schlusse bemerkt die Vortragende, dass die geringeren Grössen der hauptsächlichsten Schädeldurchmesser, wie Diameter anteroposterior und transversus, der geringere Schädelumfang und das Vorwiegen der Antlitzabschnitte — Jochbogen und Unterkiefer von den Schädelmassen, vor allem aber *das häufige Auftreten mehrerer Zeichen physischer Entartung bei einem und demselben Subjecte unter den Prostituirten und den Diebinnen* im Gegensatze zu den Bäuerinnen zu Gunsten der Annahme spreche, dass die Gewohnheitsprostituirten grösstentheils kranke und unentwickelte Geschöpfe seien, welche unzweideutige Zeichen physischer Entartung, besonders im Mangel ethischer Vorstellungen und in den geschlechtlichen Functionen darbieten. Hinze (St. Petersburg).

III. Psychiatrischer Verein zu St. Petersburg.

Sitzung vom 19. Dezember 1887.

Von Dr. Hinze in St. Petersburg.

97) Prof. **Mierszejewski** theilt folgenden interessanten Fall mit:

Ein Mann in mittlerem Lebensalter verletzte durch einen Pistolenschuss die Muskeln und den Sehnerven eines Auges, wobei die Kugel aus der Orbita in der contralateralen Highmorshöhle stecken blieb und die Verwundung Atrophie des betreffenden Auges und mangelnde Lichtreaction dieses letzteren auf den galvanischen Strom zur Folge hatte. Die psychischen Functionen blieben unversehrt, es traten aber folgende motorische Störungen auf. Der Kranke erhält sein Gleichgewicht nur bei offenem Auge, während er, sobald er dieses schliesst, sofort mit dem Kopfe voran hinstürzt. Eigenthümlich ist die Erscheinung, dass faradische Hautreizung, einige Arten Töne (Bassnoten des Claviers, Klopfen) als solche nur bei offenem Auge empfunden werden, bei geschlossenem aber Lichterscheinungen hervorrufen.

III. Referate und Kritiken.

98) **Helweg** (Aachen): Studien über den centralen Verlauf der vasomotorischen Nervenbahnen. (Arch. f. Psych. XIX. 1 p. 104.)

Die vorstehende Arbeit ist aus dem Dänischen übertragen worden von Dr. Kurella und in abgekürzter Form hauptsächlich unter Berücksichtigung des anatomischen Theiles bearbeitet. Die leitende Idee der Untersuchungen und der Resultate Helweg's ist folgende: Weil bei psychischen Affectionen ausnahmslos das vasomotorische System

leidet, so muss diesem durchaus generellem Symptom auch eine gemeinsame pathologisch-anatomische Veränderung zu Grunde liegen. Verf. fand nun bei fast allen Sectionen Geisteskranker (95%) im Rückenmark an der Grenze zwischen Vorder- und Seitenstrang ein dreieckiges Feld mit abnorm dünnen Nervenfasern und glaubt dass *diese* — bereits angeborene — *Anomalie* die vasomotorischen Störungen bedinge und das ausmache, was man bisher mit „Disposition zu Geisteskrankheiten" bezeichnete. —

Von früheren Autoren habe bisher nur Westphal das Vorhandensein dieser Bahn erwähnt, ihr allerdings nicht eine bestimmte physiologische Wirkung beigemessen. Helweg konnte nur den Verlauf auf Querschnitten verfolgen etwa von der Mitte des Brustmarks an bis zu der hinteren Gehirncommissur. Im obersten Theil des Halsmarkes findet sich ein dreikantig differenzirtes Feld an der Grenze zwischen Vorder- und Seitenstrang mit der Basis (bis 1,7 mm. breit) nach Aussen, mit der Spitze ungefähr halbwegs dem Vorderhorn entgegenkommend. Dasselbe wird von hinten gleichsam an die vorderen Nervenwurzeln angepresst, so zwar, dass nur einige der lateralsten Wurzeln den inneren Winkel der Basis durchschneiden. Bei mikroskopischer Untersuchung findet sich, dass die Hauptmasse des Feldes aus Nervenfasern von nur 1—1,5 μ. Dicke gebildet wird und dadurch eben zeichnete sich dasselbe von der Umgebung ab.*) Diese Abgrenzung wurde bei der Section mehrer Geistesgesunder nicht gefunden, es waren vielmehr an der analogen Stelle die Nervenfasern von gewöhnlicher Dicke. Als nach hinten von dieser *„dreikantigen Bahn"* liegend beschreibt der Verf. die sog. *„diffusse Formation"* Es hebt sich eine Stelle dunkleren Farbenton's deutlich von den Feldern der Pyramiden- und der Kleinhirnseitenstrangbahn ab, die ebenfalls durch Fasern dünneren Calibers gebildet wird. Der Weiterverlauf der Bahnen ist ein sehr complicirter: Helweg sucht ihn zu bestimmen theils durch directen anatomischen Nachweis theils durch physiologische Analogieschlüsse. Die dreikantige Bahn verläuft auf ihrem Wege aufwärts durch die Oliva inferior und die Mitte der Haube, tritt aus der letzteren mit der Schleife zusammen und geht wahrscheinlich zu den vorderen Zweihügeln. „Ihr corticales Ende müsste im Occipitallappen oder Temporallappen gesucht werden". Die diffuse Formation geht ebenfalls in die untere Oliye über, findet sich in der Haube als „ovale Bahn" (nach der Querschnittsform) und steigt nachdem sie sich vorher in 3 verschiedene Bündel aufgelöst hat) direct zur hinteren Gehirncommissur auf, indem sie diese ausschliesslich bildet; zieht in den Seghügel und endet wahrscheinlich im Frontallappen. Eine gewichtige Stütze gewinnt die Entdeckung Helweg's durch den Umstand dass seine vasomotorische Bahn in in ihrem Verlaufe sämmtliche bisher nachgewiesenen vasomotorischen Nervencentren schneidet. Langreuter (Eichberg).

---

*) Die Schnitte der in Chromsäure gehärteten Präparate wurden einfach mit amoniakalischem Carmin gefärbt und in Nelkenöl aufgehellt.

99) **Rezzomeo Giulio**: Cerebroporosi da congelamento.
(Riv. sperim. di fren. Vol. XIII. fac. II.)

Verf. macht darauf aufmerksam, dass sich in gefrorenen Gehirnen, besonders in solchen, welche mit Müller'scher Flüssigkeit durchtränkt waren, eigenartige Zusammenhangstrennungen in Form von eben noch macroscopisch wahrnehmbaren geraden Spalten und rundlichen Löchern bilden. Diese Kunstproducte können patholog. Befunde vortäuschen, zumal sie bisweilen in typischer Anordnung als senkrecht zur Oberfläche verlaufende oder netzförmig verschlungene Linien auf der Schnittfläche erscheinen. Jedenfalls haben geübte Microscopiker dergleichen längst beobachtet, ohne die Thatsachen für besonders erwähnenswerth zu halten, es dürfte indessen für den Anfänger, namentlich wenn er mit dem Gefriermicrotom arbeitet, angenehm sein, auf eine solche Fehlerquelle aufmerksam gemacht zu werden.

Leppmann (Breslau).

---

100) **M. Friedmann** (Mannheim): Ueber progressive Veränderungen der Ganglienzellen nebst einem Anhang über active Veränderungen der Axencylinder. (Arch. f. Psych. XIX. 1. p. 244.)

Betreffs der Veränderung der nervösen Elemente in Gehirn und Rückenmark auf entzündliche Reizungen kam der Verf. durch Experimente an Kaninchen und Sperlingen (Aetzentzündung!) zu folgenden Resultaten: das Vorkommen von mehreren Kernen in *eigentlichen Pyramiden-ganglienzellen* ist unerwiesen; die Beobachtung mehrerer Kerne bei Entzündung der grauen Gehirnsubstanz betraf *runde* Zellelemente. Solche jugendliche Elemente liegen oft neben den Ganglienzellen in den pericellulären Räumen und geben zu Irrthümern Veranlassung. Dagegen lassen sich und zwar am dritten Tage einer Aetzentzündung, wenn die Zellen ihre normale Form und ihre Ausläufer noch besitzen, active Veränderungen in der feineren Structur der Pyramidenzellen der Hirnrinde nachweisen: „Dieselben erhalten statt der streifenförmigen Zeichnung ein schönes grobmaschiges Netzwerk; ausserdem wird die Zellsubstanz durch das Verschwinden der diffusen Grundtönung sehr licht und hell; endlich findet zugleich eine Complication des Gerüstwerks des Zellkern's statt." Nach histogenetischen Erfahrungen ist diese Veränderung als Verjüngung anzusehen. Erst nachdem die Ganglienzellen in grosse runde körnchenzellenartige Elemente übergegangen sind treten reichliche Kerntheilungen auf. Dieser activen Veränderung sind, nicht alle Ganglienzellen fähig, am besten die sog. Körner, dagegen ist sie nicht an den grossen Vorderhornzellen des Rückenmarks beobachtet. (cf. bei traumatischer Myelitis.)

Das Vorkommen activer Veränderungen an den Axencylindern ist unerwiesen.

Langreuter (Eichberg).

---

101) **Jenson** (Charlottenburg): Darstellung und Beschreibung einer intrauterin entstandenen Narbe in der rechten Hemisphäre des Gehirns eines chronisch Blödsinnigen. (Arch. f. Psych. XIX. 1. p. 268.)

Die rechte Hirnhälfte der im Alter von 36 Jahren an Phthise gestorbenen Frau „zeigte auf der Mitte des medialen Randes einen nach unten über die Convexität ziehenden Defect, der angeboren sein muss, da die Rinde am Rande des Defectes ungestört in die Tiefe zieht und auf der anderen Seite ebenso unverletzt wieder in die Höhe kommt. Der Defect umfasst den grössten Theil beider Centralwindungen, den medialen Theil der vorderen und den lateralen Theil der hinteren und geht durch den hinteren Ast der Sylvi'schen Grube bis in das hintere Drittel des Schläfenlappens und bis in den Stammlappen hinein". Eine Perforation bis in den Seitenventrikel war nicht vorhanden. Die genaue Lage des Defects wird durch eine Abbildung illustrirt und sein Effect auf den Gehirnbau durch sehr detaillirte Maass- und Gewichts - Angaben demonstrirt. Es sei von diesen nur erwähnt: dass das Gesammtgewicht der Hemisphären links 298.9 und rechts 262.6 gr. betrug. — Ausser dem Blödsinn mit Erregungszuständen litt die Patientin an einer Entwicklungshemmung der linken oberen und unteren Extremität. Ferner bestanden seltene epileptische Anfälle. — Verf. nimmt an, dass der Hirndefect durch ein (unbekanntes) Trauma im fötalen Leben entstanden sei.

Langreuter (Eichberg).

---

102) **Thomsen** (Berlin): Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der acuten completen (alkoholischen) Augenmuskellähmung (Polioencephalitis acuta superior Wernicke). — (Arch. f. Psych. XIX. 1. p. 185.)

Die vom Verf. beschriebenen beiden Krankheitsfälle, welche er als „Ophthalmoplegia exterior acuta alcoholica" bezeichnet, bestätigen und ergänzen im Allg. das früher von Wernicke beschriebene und benannte Krankheitsbild. Bei zwei Potatoren trat fast plötzlich die acute Augenmuskellähmung auf, welche alle den Bulbus bewegenden Muskeln betraf, den Sphincter pupillae die Accommodatoren und Levatoren der Augenlider dagegen freiliess. Die Lähmung bestand ziemlich unverändert bis zum Tode fort, welcher nach 12 resp. 20 Tagen erfolgte. Von den anderen bestehenden Krankheitssymptomen spielten Deliriumartige Verwirrtheit und Schwäche in den unteren Extremitäten die Hauptrolle. — Die Section ergab in beiden Fällen entzündliche Vorgänge im Gebiet der Hirnnervenkerne, während die Stämme intact waren. Bei dem ersten Patienten „finden sich die Kerne selbst und demgemäss die Wurzelbündel durchaus gesund, während ihre Umgebung, d. h. das Bodengrau des IV. Ventrikels und um den Aquäduct herum stark hyperämisch und von massenhaften capillaren Blutungen durchsetzt ist, die von unten nach oben an Extensität zunehmend, ganz besonders zahlreich im Kerngebiet des Oculomotorius sind.

Im zweiten Falle dagegen sind Blutungen überhaupt nur vereinzelt vorhanden, wenn auch eine abnorme Hyperämie und hochgradige Gefässentwickelung überall nachweisbar ist, dagegen zeigt sich eine starke Degeneration einzelner Nervenkerne, ganz besonders des Abducens, etwas weniger der Oculomotorius, am geringsten des Trochlearis, ausserdem aber eine hochgradige Deneneration des Hypoglossus-Kernes".

Langreuter (Eichberg).

---

103) **Abercrombie:** A fatal case of hemiplegia in a child with necropsy. (Tödtlicher Fall von Hemiplegie beim Kinde mit Sectionsbefund. (The Brit. med. journ. 14. Januar 1888.)

Es handelt sich um Embolie der Art. cerebri med. sin. bei einem 5 jährigen Kinde. Auffallend war, dass obgleich der Tod 60 Stunden nach dem Insulte eingetreten war, der Embolus weder Schichtung zeigte noch der Wand anhaftete und sich nur durch etwas grössere Trockenheit von einem postmortalen Gerinsel unterschied.

Die zugehörige Gehirnsubstanz zeigte beginnende Erweichung und feine Blutextravasate. An den Mitralklappen fanden sich kleine Granulationen. Klinisch war der Fall sehr unvollständig beobachtet, constatirt wurde rechtsseitiges Fehlen der Sehnenreflexe.

Nagel (Halle a. d. S.).

---

104) **A. Hoche** (Heidelberg): Zur Lehre von der Tuberculose des Centralnervensystems. (Arch. f. Psych. XIX. 1. p. 200.)

Detaillirte Beschreibung zweier Fälle von tuberculöser Cerebrospinalmeningitis mit schweren Lähmungserscheinungen, welche durch ausgedehnte Zerstörung der weissen Rückenmarkssubstanz hervorgerufen waren. Im *ersten Falle* war die Leptomeningitis mit einer acuten Myelitis verbunden, welche besonders im Dorsalabschnitt zu ausgedehntem Zerfall der nervösen Elemente geführt hatte. In der Medulla oblong. fand sich ein solitärer Tuberkel. Ausserdem constatirte der Verf. auf den Schnittebenen der hinteren Wurzeln des Lendentheils eigenthümliche kreisrunde Plaques von grosser Anzahl, die ungefähr den Raum von 10—16 Nervenfasern einnahmen, heller gefärbt als die Umgebung waren und in ihrer feinkörnigen Fläche mehrere unregelmässig vertheilte Kerne enthielten. Eine sichere Deutung dieser eigenthümlichen Degenerationsstellen vermag Verf. vorläufig nicht zu geben. —

Im *zweiten Falle* war ausser den zahlreichen Herden von je 20—70 gequollenen Axencylinder auffällig: das Bestehen einer secundären Degeneration in den Goll'schen Strängen und in den Pyramidenseitenstrangbahnen des Lendenmarks, für welche Verf. die auch hier bestehende Neuritis in den hinteren Wurzeln verantwortlich macht. — Einige Schlusserörterungen werden der Frage über den primären Sitz der Myelitis — ob nervöse Elemente oder Marksubstanz und Gefässe gewidmet. Seine beiden Fälle definirt Hoche als reine d. h. ursprüng-

liche interstitielle Myelitis, indem er annimmt dass die nervösen Elemente nicht einem primären entzündlichen Reiz sondern secundär einer Circulationsbehinderung zum Opfer fallen.

Langreuter (Eichberg).

---

105) **A. Morel - Lavallée:** Des causes du Tabes: Surmenage et fatiques corporelles. Un cas d'Hemitabes. (Ueber die Ursachen der Tabes; Ueberanstrengung und körperliche Strapazen. Ein Fall von Hemitabes.) (Union médicale 1887 Nro. 162.)

Verf. erinnert an die Aufzählung der Fälle von Hémiataxie locomotrice progressive durch Bertoye und Fournier und citirt namentlich einen Fall des ersteren, welchen dieser auf Ueberarbeitung zurückführte. Ohne alkoholische, saturnine oder syphilitische Antecedentien waren die ersten Erscheinungen der Tabes in der vorwiegend angestrengten Extremität aufgetreten.

Der erste von Morel citirte Fall bietet nichts besonderes: Im 20. Jahre an Syphilis behandelt lebte Pat. ein wüstes nächtliches Leben erst in Frankreich dann als chasseur d'Afrique in bedeutenden Anstrengungen, hatte schliesslich die Gewohnheit in Wasser bis an die Achseln zu schlafen um sich vor Hitze und Ungeziefer zu schützen. Mit dem 40. Lebensjahre trat Tabes ein die an sich nichts bemerkenswerthes zeigt und von Morel für einen Typus der Fournier'schen Tabes specifischer Entstehung gehalten wird. Körperliche und geistige Strapazen, Excesse in Weibern und im Spiel, häufige Abkühlungen der Beine sind die Factoren, welche das Aufblühen der Hinterstrangsclerose veranlassen auf einem Terrain „wo eine alte nicht behandelte Syphilis schlummerte."

Hierzu hat Fournier den Verf. folgenden Fall zu veröffentlichen beauftragt:

César Ta. 50 Jahre alt, Hutmacher, mit 18 Jahren luetisch und jahrelang viel mit Hg. behandelt, nebenher Säufer zeigt wohl desshalb leichte Erscheinungen von Tremor. 1866 verheirathet, erzeugt er sechs Kinder, die entweder todt geboren oder nach 3—6 Monaten starben, das eine an Meningitis. 1870 Vertigo und Platzangst, 1881 heftiges mehrere Secunden dauerndes Zucken, wenn er den Fuss auf einen unregelmässigen Gegenstand setzte. 1883 Blasenstörungen und Schmerzen in den Füssen und Beinen erst links dann rechts. Trotz Jodkalium Gürtelschmerz und Ataxie. Pat. geht nicht ohne Stock, er schleudert das linke und schleift das rechte Bein. Der Patellarreflex fehlt links und ist rechts „mindestens intact". Er fällt mit geschlossenen Augen und zeigt Incordination der Bewegungen des *linken* Fusses bei erhaltener Kraft desselben, während beim *rechten* Beine die Kraft vermindert ist. *Rechts* ist die Sensibilität erhalten, links abgeschwächt; Ungleichheit der auf Licht reagirenden Pupillen. Geschlechtstrieb, detrusor und sphincter vesicae gestört. Gedächtniss schwach, zum Weinen geneigt.

Die Behandlung mit kalten Douchen und Jodkalium zu 4—6 Gramm pro die nützt. Die heftigen Kopfschmerzen schwinden, die

Gangart ist erleichtert und die rechte Seite ist wieder gekräftigt, die Incoordination des linken Beins ist geschwunden.

Verf. sagt, T. ist hemiatactisch, er ist sogar monoatactisch an dem einen Bein und verlegt den Sitz des Leidens in das RM. Es ist dieser Schluss ohne Sectionscontrolle, deren dieser interessante Fall bedarf, wohl nicht unbestreitbar.

Rohden (Oeynhausen u. Gardone-Riviera.)

---

106) **Otto Buss** (Göttingen): Ueber einen Fall von diffuser Hirnsklerose mit Erkrankung des Rückenmarks bei einem hereditär syphilitischen Kinde. (Berl. Klin. Wochenschrift 5. Dec. 1887.)

Bei einem 2jährigen Knaben, welcher vom 6. Monat an Körpergewicht abgenommen, häufig Luftmangel und Schluckbeschwerden gezeigt, seit einem halben Jahre fast täglich erbrochen hatte, fanden sich spastische Contrakturen aller Extremitäten, ausgebreitete Muskelatrophien, Kleinheit des Kopfes, niedrige Stirn, dürftige Zahnentwicklung, Verkrümmung der Wirbelsäule. Keine Spur von Geistesthätigkeit. Verdächtige Infiltrationen der Haut am Scrotum, Mittelfleisch u. s. w. trotz sorgfältigster Ernährung, Jodeisen und Jodkalium schritt die Atrophie vor; Knieschwellung, Decubitus am Hinterkopf. Tod.

Ausser den Ossificationsanomalien an den Rippenknorpeln und den hämorrhagischen Entzündungen innerer Organe, Befunde, die für die Syphilis hereditaria sprachen, ergab die Section Porencephalie, Atrophie und Induration der Grosshirnwindungen mit Schwund der markhaltigen Nervenfasern, Verminderung der weissen Substanz, Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahn und Atrophie der Vorderhornganglienzellen. Die Rückenmarksaffection scheint dem Verf. eher secundär und von der Gehirnrindenatrophie abhängig zu sein als eine idiopathische complicirende amyotrophische Lateralsklerose darzustellen. Ob die spastischen Symptome allein auf die Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahn bezogen werden dürfen, ist fraglich.

J. Ruhemann (Berlin).

---

107) **James Matthew Caw** (Woolwich): Case of anomalous nerve disease, with necropsy and examination of cord. (Ein Fall von ungewöhnlicher Nervenkrankheit mit Necropsie und Untersuchung der Medulla.) (The Lancet. 17. Sept. 1887.)

Ein bisher ganz gesundes Mädchen von 14 Jahren zeigte gerade zu der Zeit, als seine zweite Menstruationsperiode erwartet wurde, plötzlich folgende Krankheitserscheinungen:

Während die oberen Extremitäten und der Truncus frei von jeder Anomalie waren, erwiesen sich die unteren stark flectirt und in hohem Grade hyperästhetisch, bei Versuchen, dieselben zu bewegen, sehr schmerzhaft und mit vielen Geschwüren und eine dunkle seröse Flüssigkeit enthaltenden Blasen bedeckt.

Ausserdem ergab sich an den bekannten Stellen ein weit verbreiteter und tief in die unterliegenden Weichtheile dringender Decubitus.

Ferner erschienen ab und zu, auch des Nachts, stechende Schmerzen im unteren Theile der Wirbelsäule, die bis in die Schenkel ausstrahlten.

Desgleichen war die Defäcation von ähnlichen Empfindungen begleitet, die Miction dagegen normal.

Dieser Zustand dauerte drei Monate, worauf der immer mehr und mehr überhand nehmende Decubitus den Tod herbeiführte.

Die Annahme einer — vielleicht vicariirenden — Blutung in die Medulla mit consecutiver Myelitis und Erweichung desjenigen Stranges der grauen Substanz, in welchem die trophischen Nerven der Haut verlaufen, ist durch die Section als eine richtige festgestellt worden.

Man könnte den vorstehenden Fall für eine acute Poliomyelitis halten, spräche nicht die vorhanden gewesene intensive Hyperästhesie der unteren Extremitäten dagegen; doch muss immerhin angenommen werden, dass auch die vorderen Zellen der grauen Substanz sich an dem Krankheitsprozesse betheiligt haben. Pauli (Köln).

---

108) **Dévaux** (Nancy): Oxyures et symptômes pseudo-méningitiques. (Pseudomeningitische Erscheinungen in Folge von Oxyuren.)

(Le Progrès médical 46. 1887.)

Ein 3 jähriges normal entwickeltes, erblich nicht belastetes Mädchen erkrankt plötzlich mit Frösteln, Müdigkeit Nausea, Fieber, unregelmässigem stark bescheunigtem Puls, dazu treten tonische linksseitige stärker ausgesprochene Convulsionen mit Nackenstarre und Trismus auf, unterbrochen von klonischen Zuckungen. Somnolenz, Zähneknirschen; Respiration unregelmässig mit zeitweilig Cheyne-Stoke'schem Character. Keine Lähmungserscheinungen, kein Strabismus. Eine am Morgen des 2. Tages verordnete Dosis Calomel bewirkte unter reichlicher Stuhlentleerung den Abgang einer enormen Menge von Oxyuren und damit ein plötzliches Aufhören der Symptome. Am Abend des 4. Tages noch einmalige Rückkehr der Erscheinungen jedoch nicht in der früheren Intensität, eine neue Dosis Calomel und ein Wurmklystier beseitigen dieselben sofort, doch wurden in dem darauf erfolgenden Stuhlgange Oxyuren nicht aufgefunden. Seitdem ist das Kind gesund geblieben. Nachträglich wurde in Erfahrung gebracht, dass der ältere Bruder des Kindes im Jahre vorher in ähnlicher Weise erkrankte und die Erscheinungen ebenfalls nach Abgang einer Menge Oxyuren cessirten.

Holtermann (Sachsenberg).

---

109) **A. Routier**: Tétanos traumatique subaigu à forme partielle. Guérison. (Traumatischer partieller subacuter Tetanus. Heilung.)

(Le Progrès médical 21. 1887.)

Es handelt sich um einen 47 jährigen Arbeiter, der sich eine tiefe Verbrennung des linken Unterarms zugezogen und die Wunde

stark vernachlässigt hatte. 4 Wochen nach der Verletzung Aufnahme in's Hospital, da der Kranke den Mund nicht öffnen und den Kopf nicht bewegen konnte. Am nächsten Tage Steigerung der Symptome, Rigidität der Thoraxmuskeln, da Pat. das vorgeschriebene Régime nicht befolgte. Keine Temperatursteigerung. Desinfection der übelriechenden Wunde, Jodoformverband. Isolirung im dunklen Zimmer, absolute Ruhe; während der ersten Tage Chloral 6—7 gr. pro die. Besserung, Aussetzen des Chlorals. Am 7. Tage Rückfall mit leichtem Frost einsetzend; 6 gr. Chloral. Am nächsten Tage Besserung, die in einigen Tagen in Heilung übergeht.

Holtermann (Sachsenberg).

---

110) **Butlin:** A case of acute traumatic tetanus succesfully treated by large doses of salicin and bromide of potassium. (Fall von acutem traumatischem Tetanus, erfolgreiche Behandlung durch grosse Dosen Salicin und Bromkalium.) (The Brit. med. journ. 14. Januar 1888.)

Der beschriebene Fall verschlimmerte sich unter anfänglicher Behandlung mit Chloral und Bromkalium stetig bis sich der Patient am 8. Tage in augenscheinlicher Lebensgefahr befand.

Als darauf in 2 stündigen Intervallen je 20 Gran. Salicin und Bromkalium aâ dargereicht wurden, konnte schon nach 4 Stunden erheblicher Nachlass der Spasmen constatirt werden. Der weitere Verlauf war ein günstiger. Die Wendung zum Besseren trat unter profusem Schweisse ein. Neben der Wirkung auf die vasomotorischen Nerven möchte Verf. auf die antibacteriellen Eigenschaften des Salicin Gewicht legen.

Nagel (Halle a. d. S.).

---

111) **T. Sympson:** Wound of ulnar nerve treated succesfully by resection and suture. (Erfolgreiche Nervennaht bei Ulnarisverletzung.) (The Brit. med. journal. 25. Januar 1887.)

10 jähriges Mädchen, welches vor 5 Monaten, in Folge einer $2^1/_2$ Zoll unter dem Condyl. int. erlittenen Schnittwunde eine Ulnarisparalyse acquirirt hatte. Die entsprechenden Handmuskeln waren atrophisch, die Haut glänzend, es bestanden leichte Contracturen (Hyperextension der ersten, leichte Flexion der zweiten Phalangen) und die charakteristische Sensibilitätsstörung. Bei der Operation ergab sich winklige Anheilung der Enden des vollständig durchtrennt gewesenen Nervenstammes. Die Operationswunde heilte nicht ohne Eiter- und Granulationsbildung. Nach 43 Tagen wurden die ersten Spuren wiederkehrender Sensibilität constatirt. Nach 9 Monaten war dieselbe normal, Atrophie und Contracturen waren verschwunden, die galvanische Erregbarkeit war normal.

Nagel (Halle a. d. S.).

---

112) **J. Jensken**: Suture of divided ulnar nerve after six months. (Nervennaht des N. ulnaris nach 6 Monaten.) (The Brit. med. journal. 6. Dezember 1887.)

Der Nerv war durch eine Schnittwunde nebst der Arterie über dem Handgelenke durchtrennt. Die Enden waren, wie sich bei der Operation ergab, durch einen Zwischenraum von fast einem Zolle geschieden, so dass die Naht nur bei stark gebeugter Stellung des Handgelenks ausführbar war. Die Anästhesie, welche bis dahin so hochgradig war, dass der Pat. zur Belustigung von Freunden öfters die Haut in der Gasflamme hatte verkohlen lassen, war nach 4 Tagen erheblich gebessert, später kehrte die Sensibilität vollständig zurück. Die motorischen Functionen besserten sich gleichfalls sehr bedeutend.

Nagel (Halle a. d. S.).

---

113) **A. Haig**: Treatment of the paroxysm of migraine by acids. (Behandlung der Migraineanfälle durch Säuren.) (The Brit. med. journal. 14. Januar 1888.)

In vielen Fällen von Migraine fand Verf. eine vermehrte Ausscheidung von Harnsäure und ist der Meinung, dass die Anhäufung derselben im Blute den einzelnen Anfall auslöse.

In diesen Fällen, welche er als „Harnsäuremigraine“ bezeichnen möchte, empfiehlt er als sicheres Mittel zur Coupirung der Anfälle die Säuren in grossen Dosen, und zwar bewährten sich sowohl die Mineralsäuren als Acid. nitric. als starke Limonade. Das Medicament wird in zwei Dosen mit $^1/_2$ stündigem Intervall gegeben. Nach 1 Stunde ist bereits bedeutende Erleichterung vorhanden, $1^1/_2$ Stunden nach der ersten Dose ist der Anfall gewöhnlich beseitigt.

Alkalien sind umgekehrt im Stande, Anfälle zu erzeugen oder vorhandene zu verstärken.

Prophylaktisch wird eine fleischlose Kost und Enthaltung von Alkoholicis empfohlen.

Nagel (Halle a. d. S.).

---

114) **Georg Avellis** (Giesen): Ueber Amylenhydrat als Schlafmittel. (Deut. Medicinische Wochenschr. 5. Jan. 1888.)

Durch 300 Einzelbeobachtungen überzeugte sich Verf. von der sicheren hypnotischen Wirkung des Amylenhydrats, welches er bezüglich seines therapeutischen Werthes dem Chloral unterordnet, dem Paraldehyd vorzieht. Verf. giebt das Mittel in Verdünnung mit Wasser (1:10), um die Digestion zu schonen, und zwar in einmaliger Dose von 2,0—2,4; bei Personen, die an Narcoticis gewöhnt sind, verwendet er 4,0 und lässt kurz vor dem Einnehmen, um die Ausfällung des A. zu verhüten, den Syrup als Corrigens hinzufügen. Die Wirkung tritt gleichmässig und gleichschnell bei Anwendung per os und per anum ein. Es geht kein Aufregungsstadium voraus; der Schlaf ist fest und erquickend, aus dem man ohne Abgeschlagenheit

und Eingenommensein erwacht, aus dem man leicht erweckt werden kann. In einem Falle (Hysterica) trat rauschartiger Zustand mit Kopfwallung auf. Das Mittel versagte bei einem Erysipel-Delirium, bei einer beginnenden Psychose und bei einer heftigen Neuralgie. Verwendet wurde es bei Magen- und Nervenleidenden, bei Kreislaufsstörungen, bei Icterus (hier zieht Verf. es dem von Eichhorst empfohlenen Chloralhydrat vor), bei Cholelithiasis, Chrysarobindermatitis, Diabetes, Tuberculose, Emphysem, Bronchitis, Bronchectasieen u. s. w. Bei Affectionen der Luftwege vermehrt es den Hustenreiz keineswegs. Ruhemann (Berlin).

---

115) **Babinsky et Berbez**: Deux nouveaux cas de paralysie hysterotraumatique chez l'homme. (Zwei neue Fälle von traumatischer hysterischer Lähmung beim Manne.) (Le Progrès médical 4 und 6. 1887.)

Le Log. 29 Jahre alt, aus neuropathischer Familie, wurde bei einer Collision seines Handwagens mit einem grösseren Fuhrwerk auf's Pflaster geschleudert. Keine besondere Verletzung, kein Blutverlust, weder das Pferd noch die Räder des anderen Wagens hatten ihn berührt. Bewusstlosigkeit die 5—6 Tage anhält; völlige Amnesie. Gefühl von Abgestorbenheit in den unteren Extremitäten. Unfähigkeit dieselben zu bewegen, die erst nach einigen Tagen weicht. Ausgedehnte Ecchymosen an der rechten Hüfte, Schambeingegend und Abdomen. Kopfschmerzen. Nach der Entlassung ein heftiger hysterischer Anfall mit völliger Bewusstlosigkeit, beginnend mit dem Gefühl von Aufsteigen einer Kugel vom Magen her. Im Hospital 8 Tage andauernde Bewusstlosigkeit. Nach Rückkehr desselben zwei Tage lang Mutismus. Häufige starke Epistaxis, Kopfschmerz, Ohrensausen, Hemispasmus im linken unteren Facialisgebiet. Leichter Tremor der Hände, der sich bei intendirten Bewegungen steigert. Völlige Paraplegie der unteren Extremitäten, völlige Anaesthesie und Analgesie derselben bis zu einer Linie, die vorne beiderseits in der Inguinalbeuge aufsteigend die Genitalien frei lässt, zur Spina iliaca geht, nach hinten dem Ansatz der Glutäen folgt und in der Mitte einen V förmigen Raum freilässt, der dem Os sacrum entspricht. Keine spastischen Erscheinungen, keine Steigerung der Sehnenreflexe, keine Muskelatrophie, electrische Erregbarkeit normal, Functionen der Blase und des Mastdarms intact. Anaesthesie des Pharynx, Verlust des Geschmacks, Anosmie, Abschwächung des Gehörs auf beiden Seiten. Concentrische Einengung des Gesichtsfeldes rechts wie links, Hyperaesthesie der Kopfhaut. Die hysterischen Anfälle begannen mit Schmerzen in der Seite, Gefühl von Aufsteigen einer Kugel im Schlund und Beklemmung, sie endigten gewöhnlich mit reichlicher Epistaxis. Sie waren im Anfange von geringer Intensität, nahmen aber allmählich an Häufigkeit und Schwere zu, nur blieben die unteren Extremitäten frei von Zuckungen. Nach 4 Monaten betheiligten sich die Beine plötzlich bei einem Anfall und seitdem war Pat. im Stande zu gehen; die übrigen hysterischen Symptome bestanden fort.

Der zweite Fall betrifft einen kräftig gebauten 25 jährigen Landmann, erblich nicht belastet und bis dahin stets gesund, der nach einer leichten Contusion der rechten Schulter durch Quetschung vermittelst der Puffer einer Locomotive und eines anderen Eisenbahnwagens für 20 Minuten das Bewusstsein verlor, nachdem er niedergestürzt war. 3 Monate nach dem Trauma folgender Befund: Monoplegie, Analgesie und Anaesthesie der rechten oberen Extremität, Abmagerung der Muskeln, jedoch keine Entartungsreaktion. Analgesie der rechten Körperhälfte, Anaesthesie des Pharynx, Einengung des Gesichtsfeldes auf beiden Seiten, einseitige Diplopie, Abschwächung des Gehörs und Geruchs, Verlust des Geschmacks. Der Hypnose war Pat. nicht zugänglich. 11 Monate nach dem Trauma keine Aenderung.

Holtermann (Sachsenberg).

---

116) **Brissaud et Marie**: De la déviation faciale dans l'hemiplégie hystérique. (Ueber die Betheiligung des Facialis bei der hysterischen Hemiplegie.) (Le Progrès médical 5. 7. 1887.)

Todd hat zuerst auf die Nichtbetheiligung des Facialis bei hysterischer Hemiplegie hingewiesen und darin das wichtiste objective Symptom für die Differenzialdiagnose zwischen ihr und der organischen Hemiplegie festgestellt. Gegen diese Ansicht ist in neuerer Zeit eine Reihe von Fällen veröffentlicht worden, in denen bei ausgesprochener hysterischer Hemiplegie eine Mitbetheiligung, eine Lähmung des Facialis constatirt werden konnte und durch welche die Gültigkeit dieses Gesetzes in Frage gestellt wird. Die Verf. haben mehrere derartige Fälle eingehend untersucht — zwei werden ausführlich mitgetheilt — und sind zu folgenden Resultaten gekommen. Es handelt sich bei diesen Zuständen nicht um eine Lähmung des Facialis, sondern vielmehr um einen Zustand von spastischer Contraction in der Muskulatur der der scheinbaren Lähmung entgegengesetzten Seite, welcher von Charcot als Hémispasme glosso-labié beschrieben ist und bei Hysterischen isolirt ohne jede weitere Lähmungserscheinungen auftreten kann. Er beschränkt sich in den meisten Fällen auf eine Ober- und Unterlippe und ist von ausgeprägten Zuckungen in den betreffenden Muskeln begleitet. Characteristisch für diesen Zustand ist die starke Abweichung der Zunge, welche letztere beim Herausstrecken die eigenthümlichsten Stellungen einnehmen kann; diese Abweichung ist stets nach der Seite des Spasmus gerichtet. Ferner findet der Luftaustritt beim Anblasen nicht, wie man erwarten sollte, wenn es sich um eine Lähmung handelte, an der anscheinend gelähmten Seite Statt, sondern vielmehr an der entgegengesetzten, wo die Contraction besteht.

Holtermann (Sachsenberg).

---

117) **Emminghaus** (Freiburg): Die psychischen Störungen im Kindesalter. (Aus Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten Nachtrag II.)
(Tübingen 1887. Verlag der Laup'schen Buchhandlung.)

Die vorliegende Arbeit des Verf. ist gewiss Vielen sehr erwünscht gekommen, da es meines Wissens bisher in der deutschen medicinischen Literatur noch kein umfassendes Werk über die psychischen Störungen im Kindesalter gab, und man daher genöthigt war, sich mühsam aus den in Hand- u. Lehrbüchern über Kinderkrankheiten oder in pädiatrischen und psychiatrischen Zeitschriften und in psychiatrischen Werken niedergelegten einschlägischen Beobachtungen über diesen Gegenstand zu informiren. Dankenswerth ist es aber, dass Verf. in seiner Darstellung vor Allem den Interessen des Arztes Rechnung getragen hat, ohne Rücksicht darauf, ob der letztere Kinderarzt, Irrenarzt oder Spezialist auf dem Gebiete der Idiotenbehandlung sei. Denn nur auf diese Weise wird seine Arbeit auch in denjenigen ärztlichen Kreisen Aufnahme finden, welche vorzugsweise mit den psychischen Störungen des Kindesalters in Berührung treten, und denen die genauere Kenntniss dieser Störungen daher doppelt wünschenswerth sein muss, ich meine die praktischen Aerzte.

Die Arbeit umfasst 293 Seiten. In der Einleitung wird betont, dass die Herstellung einer allgemeinen Symptomatologie der Kinderpsychosen nicht von der Kinderheilkunde erwartet werden könne, sondern Sache der Psychopathologie sei, weil letztere die Anomalien des Seelenlebens aller Entwicklungsstufen des Menschen zu erforschen habe. Der Begriff der Kinderpsychosen umfasst nach Verf. alle psychischen Störungen, welche in die Zeit vor der Pubertätsentwicklung fallen. Da es sich beim Kinde nicht wie beim Erwachsenen um eine in sich abgeschlossene fertige, sondern um eine im Werden begriffene Persönlichkeit handelt, so ist die Flüssigkeit der Uebergänge zwischen Gesundheit und Krankheit in psychischer Hinsicht bei ersterem noch schärfer ausgesprochen als bei letzterem. Anhaltende und starke psychische Beeinflussung auf der einen, Ueberwiegen der individuellen Anlage auf der anderen Seite bringen daher beim Kinde sehr leicht nach dieser oder jener Richtung des Seelenlebens abnorme Zustände hervor, die zwar deutlich vom Durchschnittstypus der Altersstufe abweichen und vielleicht später einmal in wirkliche Seelenstörung übergehen, an und für sich aber noch nicht als krankhaft bezeichnet werden können. „Entschieden krankhaft ist dagegen die Abweichung vom Durchschnittstypus der Altersstufe und als Psychose des Kindesalters zu bezeichnen, wenn die geistigen Gefühle (Gemüth), das Vorstellen, das Begehren und Streben zugleich, erheblich und besonders für längere Dauer alterirt sind, so dass die Wiederkehr des regelmässigen Zustandes verzögert ist."

Nachdem Verf. dann das Wissenswerthe über die Geschichte der Kinderpsychosen mitgetheilt hat, folgt ein Abschnitt über die allgemeine Aetiologie derselben, aus welchem nur hervorgehoben sei, dass der ererbten Disposition ein hervorragender Einfluss auf die Ent-

stehung von Psychosen im Kindesalter zugeschrieben werden muss, dass die somatischen Ursachen die psychischen bei Weitem an Häufigkeit überwiegen und dass in vielen Fällen, wo es sich beim ersten Blick um eine reine psychische Veranlassung zu handeln schien, sich bei näherem Nachforschen die Existenz gemischter Ursachen nachweisen liess.

Das Kapitel über die allgemeine Symptomatologie umfasst 70 Seiten und ist mit grosser Sachkenntniss geschrieben. Wir müssen es uns versagen, näher auf dasselbe einzugehen, doch sei es Jedem, der sich mit dem Buche beschäftigt, besonders empfohlen.

Auf Seite 134 beginnt die spezielle Pathologie der Kinderpsychosen. Die Formen der Seelenstörung, welche im Kindesalter beobachtet werden, sind im Grossen uud Ganzen die nämlichen wie beim Erwachsenen. Sogar die allgemeine Paralyse ist in einigen wenigen Fällen (siehe Seite 266) bei Kindern angetroffen worden. Allerdings sind die vom Verf. in der Literatur hierüber gefundenen Beispiele in ihrem Detail etwas sehr fragmentarisch.

Das Material, welches Verf. in der speziellen Pathologie der Kinderpsychosen berücksichtigt und verarbeitet hat, umfasst 199 Fälle.

Zunächst wird die sogenannte Cerebralneurasthenie der Kinder abgehandelt, welche relativ häufig vorzukommen scheint und die sich vornehmlich durch leichte intellektuelle Störungen und mürrische resp. apathische Stimmung characterisirt und ziemlich günstige Prognose gibt.

Unter das Krankheitsbild der Melancholie, die nach Verf. in vier Formen auftreten kann, fallen von obigen 199 Fällen 24. Die Prognose dieser Störung ist günstig. Im Anhang an den betreffenden Abschnitt wird dem Selbstmord im Kindesalter eine selbstständige Betrachtung gewidmet, aus der hervorzuheben ist, dass die allgemeine Prädisposition zum Selbstmord in diesem Alter geringer ist als bei jugendlichen Individuen und Erwachsenen jeder Altersklasse, dass demselben notorisch oder doch höchstwahrscheinlich krankhafte Seelenzustände vom Charakter der Melancholie zu Grude liegen, und dass ihm in einer nicht geringen Anzahl von Fällen „die Zeichen der Frühreife, Altklugheit, Excentricität, Bizarrerie als prämonitorische Erscheinungen vorausgegangen waren".

Unter der Manie versteht Verf. die Hypomanie (Mendel) oder maniakalische Exaltation (v. Krafft-Ebing) und die *eigentliche* Manie der Kinder. Unter den 199 Fällen von Alienation im Kindesalter betreffen die Manie 8. Die Prognose dieser Form ist günstig. Differentiell-diagnostisch unterscheiden sich von der Manie die tobsüchtigen Aufregungszustände idiotischer und psychisch entartender (der sogen. Moral insanity verfallenen) Kinder, die agitirte Form der Dementia acuta, die acute hallucinatorische Paranoia, die Mania epileptica, die Melancholia activa, die Chorea magna und das bei Kindern sehr seltene Delirium tremens. Im Anschluss an dieses Kapitel folgt eine kurze Erörterung der sogen. Flegeljahre der Knaben.

Es folgt dann ein Abschnitt über acute (primäre) Dementia, von welcher eine agitirte und eine stuporöse Form beobachtet worden. Beide sind heilbar.

Die nächsten Kapitel behandeln die Hypochondrie, die Paranoia (Verrücktheit), die Geistesstörung in Form von Zwangsvorstellungen, das transitorische Irresein und das periodische und circuläre Irresein.

Hinsichtlich der Hypochondrie hält Verf. in Uebereinstimmung mit der Mehrzahl der Autoren, welche sich damit beschäftigt haben, daran fest, dass dieselbe als selbstständige Psychose aufgefasst werden müsse. Ihre Prognose ist ziemlich schlecht, da es sich bei den von ihr befallenen Kindern meistens um eine schwere erbliche Prädisposition handelt.

Das Kapitel über Paranoia begreift in sich die acute hallucinatorische Form und die chronische Verrücktheit. Erstere ist bei Kindern gar nicht so selten und pflegt fast immer in Heilung über zu gehen, in der Regel durch Lysis. Eine besondere Erwähnung erfährt das Prodromalstadium der originären Paranoia (Sander) im Kindesalter, worunter dieser Autor eine von Hause aus bestehende mittelmässige bis subnormale Intelligenz mit einseitigen Talentirungen, träumerisches, mädchenhaftes Wesen, Neigung zur Einsamkeit, phantastischen Gedankenflug, Neigung zu nächtlichem Aufschrecken und zum Delirium in fieberhaften Erkrankungen versteht.

Verf. warnt nun davor, bei Kindern, welche diese Sander'schen Symptome zeigen, stets an den späteren Eintritt der „originären Verrücktheit“ zu denken und die Prognose schlecht zu stellen. Man müsse vielmehr mit der Diagnose „unreife originäre Paranoia“ vorsichtig sein, da es eine ganze Reihe von Fällen gebe, in welchen trotz des Bestehens obiger Symptome in der Kindheit nachher eine ganz normale Entwicklung der betr. Individuen stattgefunden habe. (So schwarz hat übrigens Sander selbst die Symptome auch gar nicht hingestellt. Ref.)

Geistesstörung in Form von Zwangsvorstellungen ist im Kindesalter nicht sehr häufig. Sie pflegt nach den bisherigen Erfahrungen in Heilung über zu gehen oder verschleppt sich höchstens bis in die Jugendzeit und das erwachsene Alter, hat aber nie secundäre Störungen im Gefolge.

Bei der Besprechung des transitorischen Irreseins seien die 4 interessanten Fälle erwähnt, welche Reich mitgetheilt hat, und denen ein plötzlicher jäher Uebergang der betr. Kinder aus grosser Kälte in ein stark geheiztes Zimmer zu Grunde lag. Die Prognose ist günstig, falls das Vorhandensein von Epilepsie, Hysterie und periodisches Irrsein mit Sicherheit auszuschliessen ist.

Von dem idiopathischen periodischen Irresein der Kinder sind zu unterscheiden die mit Malaria zuweilen vorkommenden periodischen psychischen Störungen, ferner die bei Nervenverletzung, Ohrkrankheiten, Nasenkrankheiten, Theilerscheinungen der kindlichen Hys-

terie, Epilepsie, Chorea und psychischer Degeneration ziemlich häufig auftretenden kurzdauernden Anfälle von Tobsucht, Wuth etc. Die idiopathische Form ist bei Kindern selten. Sie sowohl wie das circuläre Irresein erscheinen ätiologisch als hereditär-degenerative Psychose. Heilungen sind bisher noch nicht beobachtet worden.

War schon der Boden, auf welchem die in den letzten Kapiteln geschilderten Kinderpsychosen erwuchsen, ein ungünstiger, indem es sich dabei um eine mehr weniger schwere erbliche psychische Entartung handelte, so tritt dieser Umstand bei den in den folgenden Kapiteln abgehandelten Krankheitsformen von vornherein ganz unverkennbar hervor. Dieselben handeln von dem sogenannten moralischen Irresein der Kinder, der Idiotie, der epileptischen Geistesstörung und der Hysterie der Kinder.

Es würde zu weit führen, auf diese Kapitel näher einzugehen. Die Störungen der mit diesen Formen behafteten Kinder unterscheiden sich auch nicht wesentlich von den entsprechenden Störungen bei Erwachsenen. Indess gehören die Kapitel über das moralische und das epileptische Irresein der Kinder sowie über die Idiotie zu dem Besten, was Verf. geschrieben hat.

Erwähnenswerth ist, dass es nicht richtig ist, mit Soltmann ein eigenes „choreaartiges Irresein“ anzunehmen, da bei Chorea minor wohl sehr häufig psychische Störungen vorkommen, aber alle möglichen Charaktere sich zeigen können.

Auch die in der Literatur niedergelegten wenigen Fälle von Kinderpsychosen, hervorgerufen durch Intoxikation mit Alkohol, Datura, Belladonna und Cocain haben Berücksichtigung gefunden, desgleichen die Entstehung der Idiotie durch Missbrauch von Alkohol und Opium.

In einer Schlussbemerkung weist Verf. darauf hin, dass es im Kindesalter wie bei den Erwachsenen atypische Fälle von Seelenstörung gebe, welche sich nicht oder nur schlecht den beschriebenen Formen subsumiren lassen und denen hauptsächlich erbliche Belastung zu Grunde liege.

Trotz der zahlreichen Druckfehler, welche nur zu einem Bruchtheil am Ende des Buches corrigirt sind, liest sich dasselbe gut. Der Druck und die Ausstattung sind völlig zufriedenstellend. Leider sind die Holzschnitte von Typen, welche Verf. den einzelnen Formen von Kinderpsychosen beigegeben hat durch die Schuld des Maschinenmeisters der Druckerei missrathen. Diesem Uebelstande sowie der Störung durch die vielen Druckfehler lässt sich hoffentlich in der zweiten Auflage abhelfen.

Im Ganzen kann das Buch den ärztlichen Kreisen zur Lektüre nur empfohlen werden. Reinhard (Hamburg).

118) **Bourneville et Baumgarten:** Alkoolisme chez un enfant de 4 ans. Démence et épilepsie symptomatologiques de méningo-encéphalite. Diphtherie. (Alcoholismus bei einem Kinde. Demenz und Epilepsie in Folge von Meningoencephalitis. Diphtherie.) (Progès médical 5. 1887.)

Das erblich in keiner Weise belastete Kind, das sich bis dahin völlig normal entwickelt hatte, wurde 3 Jahre alt, zu den Grosseltern geschickt, die einen Weinschank hatten. Hier bekam das Kind durch die dort verkehrenden Leute Wein zu trinken, an den es sich so gewöhnte, dass es von selber in den Keller ging und sich betrank. Nach einem Zustande völliger Trunkenheit traten Convulsionen auf, die sich in längeren Zwischenräumen wiederholten und schliesslich epileptischen Anfällen Platz machten. Diese anfangs seltener, steigerten sich allmählich bis zu mehrmaliger Wiederkehr am Tage. Schwindel, Tremor, körperlicher und geistiger Verfall bis zum völligen Blödsinn. Tod an Diphtheritis. Bei der Section fand sich eine ausgebreitete Meningoencephalitis, die hauptsächlich über den Occipital- und Parietallappen ihren Sitz hatte, jedoch sich auf die Frontallappen erstreckte.

Holtermann (Sachsenberg).

---

119) **James Hendrie Lloyd:** The claim of moral insanity in its medico legal aspects. (Moral insanity im gerichtsärztlichen Standpunkte.) (The Medic. Record 14. Mai 1887.)

Verf. sagt, dass er unter 300 genau von ihm untersuchten Fällen von Geisteskrankheit nicht einen einzigen fand, auf welchen die in den Lehrbüchern gegebenen Beschreibung der Moral Insanity passte; es habe sich immer da, wo es sich anscheinend um eine solche gehandelt habe, auch eine Läsion des Intellect gefunden. Und dies könne auch nicht anders sein. Zwar sei ja nach den meisten Autoren der Geist zusammengesetzt aus drei von einander gewissermassen unabhängigen Theilen (Intellect, *Gefühle, (emotions)*, Wille), die dementsprechend auch jeder für sich erkranken können und solle: Das sei aber eine künstliche, durch Nichts gerechtfertigte Classification. Die Hemisphären seien vielmehr der Sitz einer besonderen, fein differenzirten Reflexaction (Mill's „Ideation"); die verschiedenen Arten dieser Reflexerscheinungen hingen ab von dem Character der äusseren Reizgegenstände, änderten aber die affectielle Einheit und Individualität dieses speciellen Actes in keiner Weise. Und nun betrachtet Verf. kurz einige der als Moral Insanity beschriebenen Fälle, um darzuthun, dass in allen diesen der Intellect nicht unangetastet war. Er erinnert dabei zugleich an die bekannte Thatsache, dass die sogenannte Moral Insanity oder Imbecelity namentlich häufiger an Kindern beobachtet und beschrieben ist; dies erkläre sich aber daraus, dass der Intellect bei den Kindern an und für sich auf einer anderen Stufe stehe u. s. w. — Auch in vielen Fällen von Erotomanie handle es sich weniger um eine moralische oder specielle, als um eine intellectuelle Erkrankung. Und ebenso liege bei der primären Verrücktheit der deutschen Autoren das Wesentliche nicht in einer Krankheit des Characters, sondern in fixirten und

logischen krankhaften Wahnvorstellungen: diese allein beherrschen den Kranken und verkekrten alle seine Begriffe an moralischen, socialen und gesetzlichen Beziehungen. Verf. schliesst seine Arbeit mit folgenden Worten: „Ich glaube, dass die Auffassung des Gehirns als ein individuelles Ganzes, dessen Funktion stets ein reflectorischer Prozess von „Ideation“ ist, ebensowohl zu einer genügenden Erklärung und Klassification der Geisteskrankheiten hinweisst, als zu einer vollständigen Anordnung unserer Wissenschaft behufs Lösung medico-legaler Fragen . . . Der Prozess der „Ideation“ mag über's Maass herabgedrückt oder erhoben sein (wie in Melancholie oder Manie), er mag verdreht (perverted) sein (Monomanie), er mag vereint und unzusammenhängend sein (verschiedene Formen), er mag vollständig desorganisirt sein (Dementia): — jedenfalls habe ich nie einen Fall von Geisteskrankheit gesehen, in welchem derselbe nicht in einem oder dem anderen dieser Zustände sich documentirte“. Voigt (Oeynhausen).

---

120) **A. Tamburini**: L'allucinata di Castelnovo monti.
(Riv. speriment. di fren. etc. Vol. XIII. fasc. II.)

Im Frühjahr 1887 gerieth das Landvolk der italienischen Provinz Emilia in grosse Aufregung durch Muttergotteserscheinungen, welche ein 13jähriges Mädchen auf einem Hügel in der Nähe ihrers Heimathdorfes längere Zeit hindurch beobachtete. Aehnlich wie bei andern derartigen Ereignissen mussten die zusammengeströmten Pilgerschaaren durch behördliches Einschreiten zur Heimkehr bewogen werden. Ausserdem wurde die jugendliche Seherin einige Zeit in der Tamburini's Leitung unterstellten Irrenanstalt zu Reggio beobachtet und dieser kommt auf Grund des mit bekannter Sorgfalt gesammelten und gesichteten Materials zu folgenden Schlüssen.

Es ist zweifellos, dass das Mädchen keine Simulantin ist, sondern Alles so beobachtet hat, wie sie es der wundergläubigen Menge verkündete. Sie ist nämlich durch erbliche Belastung und einseitige Erziehung zu nervösen Erkrankungen praedisponirt. Die Sinnestäuschungen entstanden plötzlich nach einer entsprechenden Gelegenheitsursache d. h. unmittelbar nach einem heftigen Schreck und bei körperlicher Erschöpfung. Dieselben bestanden in Gesichts- und Gehörstäuschungen, welche alle Charactere wahrer Hallucinationen trugen. Mit ihnen gingen anderweitige Zeichen von Ueberreizung des Nervensystems wie z. B. Schlaflosigkeit einher. Schliesslich fanden sich auch nach dem Aufhören der Täuschungen während des Anstaltsaufenthalt psychische und nervöse Eigenarten namentlich Bizarrerien der Gedankenrichtung und halbseitige Abstumpfung der Tastempfindung mit Einengung des Gesichtsfeldes des entsprechenden Auges und nervöser Schwerhörigkeit auf der entsprechenden Seite.

Leppmann (Breslau).

IV. Aus den Vereinen.

I. Société anatomique.

Sitzung vom 30. Juli 1886. (Le Progrès médical 18. 1887.)

121) **Bourneville et Pilliet:** *Idiotie complète symptomatique d'une encéphalite avec foyers de ramollissement. (Idiotie in Folge von Encephalischen Erweichungsherden.)*

Die eine Grossmutter des Kindes war epileptisch, die andere litt an Migräne. 1879 geboren, 3 Jahre alt in's Hospital aufgenommen konnte es weder gehen noch sprechen, nahm nur flüssige Nahrung, war sehr unreinlich. Im Alter von 3 Monaten einmalige Convulsionen, besondere Erkrankungen sonst nicht aufgetreten. Im Hospital Conjunctivitis granulosa, Pemphigus, Enteritis. Allgemeine Besserung; das Kind lernte gehen, nothdürftig sprechen, feste Nahrung geniessen, sich des Löffels zu bedienen, erkannte die Personen, zeigte eine gewisse Anhänglichkeit; die Unreinlichkeit bestand fort, daneben starke Gefrässigkeit. Im Juni 1886 ohne erkennbare Ursache Appetitmangel, Schläfrigkeit, Convulsionen. Tod nach 8 Tagen; keine Temperaturerhöhung. Bei der Section fanden sich Verwachsungen der Dura mit dem Schädeldach, Verdickung der Pia mit milchiger Trübung und Verwachsung mit der Hirnrinde; ferner eine Reihe von kleinen ockergelben Erweichungsherden in der Hirnrinde durch beide Hemisphären zerstreut, die zu consecutiven Veränderungen in der Marksubstanz geführt hatten. Die nähere Beschreibung muss im Originale eingesehen werden.

Holtermann (Sachsenberg).

Sitzung vom 5. November 1886. (Progrès médical Nro. 8. 1887.)

122) **Bailly** (Chamoly): *Blessure de crâne par un obus. Eclatement de la tablette interne. Méningite consécutive. Mort. (Schädelverletzung durch einen Granatsplitter. Splitterung der tabula vitrea. Meningitis, Tod.*

Der 25 jährige Kranke fiel bei der Verletzung betäubt hin, ohne aber völlig das Bewusstsein zu verlieren. An der linken äusseren Stirngegend dicht über dem arcus ciliaris eine 5 Frankstückgrosse Wunde, Knochen entblösst im Umfange eines 50 Centimesstück; keine besondere Schmerzhaftigkeit, keine Schwellung. Appetit und Schlaf gut. Nach 8 Tagen schlechter Appetit, Schlaf unregelmässig, leichte Schmerzhaftigkeit der Wunde. Am 15. Tage während einer kalten Nacht Evacuation des Kranken in einen anderen Saal; Kältegefühl, Fieber, Erbrechen, linkes oberes Augenlid ödematös und gelähmt. Nach zwei Tagen kleine fluctuirende Geschwulst am inneren Winkel dicht unterhalb des unteren Augenlides. Coma, Tod.

Autopsie: Etwas nach aussen von der Wunde eine geringe Fissur der äusseren Schädeltafel und leichte Impression in dem von fronto-parietal-, fronto-sphenoidal- und parietosphenoidal-Nähten gebildeten Winkel. Linker Frontallappen ist in Eiter gebettet, der durch den Sphenoidalspalt in die Orbita gedrungen ist und die oben erwähnte Geschwulst erzeugte. In dem erwähnten Winkel Splitterung der tabula interna, deren eines Fragment die Dura verletzt hat.

Holtermann (Sachsenberg).

Sitzung vom 12. November 1886. (Progrès médical 9. 1887.)

123) **Chucan et Wickham**: *Entorse des vertèbres cervicales. Contusion de la moëlle. Epauchement sanguin dans le canal de l'ependyme. (Contusion der Halswirbel und des Rückenmarkes. Bluterguss in den Centralcanal.)*

32 jähriges Individuum, bewusstlos neben den Bahnschienen gefunden. Am nächsten Morgen Rückkehr des Bewusstseins, der Kranke giebt an, beim Passiren des Bahnkörpers von der Locomotive umgestossen und auf den Kopf geschleudert zu sein. Am Schädel erhebliche Wunde ohne Knochenverletzung. Kopf auf die rechte Schulter geneigt, Gesicht nach derselben Seite gedreht, passive Bewegungen sehr schmerzhaft. Vollständige Anaesthesie und Paraplegie der unteren Extremitäten, die unteren 3 Viertheile des Rumpfes anaesthetisch, Reflexe stark abgeschwächt. Anaesthesie der Hände und Finger ausser der Thenarregion. Penis in halber Erection. Nach wenigen Stunden plötzlicher Tod.

Autopsie: Fractur des Proc. tranversus des 6. Halswirbels, sowie der Spitze des Gelenkfortsatzes des 5. Halswirbels. Zerreissung der Bänder zwischen 5. und 6. Wirbel und der Intervertebralscheibe. Keine Dislocation der Wirbelkörper. In der Höhe des 5.—6. Halswirbels eine Hämorrhagie in den Centralkanal, die das umliegende Gewebe zertrümmert hat. Holtermann (Sachsenberg).

Sitzung vom 3. Dezember 1886. (Progrès médical 17. 1887).

124) **Jouriac** (Vaucluse): *Sarcome angiolithique des méninges. (Psammom der Meningen.)*

Bei der 59 jährigen Kranken, die während des Lebens ausser geistiger Schwäche mit Depression, Gesichtshallucinationen und Unreinlichkeit keine besonderen Erscheinungen, namentlich keine Störungen der Sensibilität oder Motilität darbot, fand sich bei der Section ein von der Dura ausgehendes Psammom von regelmässig sphärischer Gestalt und 6 Ctm. Durchmesser. Der Tumor in eine Vertiefung des rechten Stirnlappens eingebettet hatte die erste und einen Theil der 2. Frontalwindung abgeplattet, grenzte nach hinten an die vordere Centralwindung, ohne sie zu beschädigen und drückte nach unten auf die Spitze des Sphenoidallappens. Holtermann (Sachsenberg).

Sitzung vom 22. Oktober 1886. (Progrès médical 3. 1887.)

125) **Dutil**: *Un cas d'hémorrhagie bulboprotuberantielle. (Ein Fall von Blutung in den Pons.)*

Ein 54 jähriger Mann bot nach einem apoplectischen Insult folgende Symptome dar: Rechtsseitige Hemiplegie der Extremitäten, die sich nach 5 Tagen fast völlig verlor, dagegen bleibende völlige Lähmung der linken Gesichtshälfte und beider Musc. recti externi. Tod 13 Tage nach dem Insult. Bei der Section fand sich ein hämorrhagischer Herd von der Grösse einer kleinen Haselnuss in den oberen Schichten des Pons unter dem Boden des 4. Ventrikels, der an einer Stelle zerstört war. Der Herd war wenig oberhalb des mittleren Theiles des Ventrikels gelegen, erstreckte sich 5—6 Mm. auf die rechte Seite des Pons hinüber, und zerstörte so die beiden Ursprungskerne des linken Facialis und die Kerne der beiden Abducentes. Die

histologische Untersuchung ergab eine fast völlige Degeneration der beiden letzteren sowie des linken Facialis. Der rechte Facialis war intact. Holtermann (Sachsenberg).

II. Congrès d'ophthalmologie.

Sitzung vom 7. Mai 1887. (Progrès médical 21. 1887.)

126) **Armeignac** (Bordeaux): *Amaurose hystérique monolatérale. Guérison complète et subite sans traitement. (Hysterische einseitige Amaurose. Plötzliche völlige Heilung ohne Behandlung.)*

Ein 10 jähriges Mädchen von nervösem Temperament, frühzeitiger Menstruation, dessen Mutter und Grossmutter sehr nervös waren, konnte seit 4 Jahren auf dem linken Auge nicht sehen; sie unterschied kaum die Bewegung der Hand auf einige Decimeter und Licht auf ein Meter Entfernung. Die Untersuchung des inneren Auges ergab keine Abnormitäten. Verdacht auf Hysterie. Vorschlag einer Consultation mit Prof. Pitres. Eine halbe Stunde vor derselben wurde das Kind hereingebracht und erklärte, dass es seit dem Tage vorher wieder sehen könne, was auch der Fall war.

A. nimmt als Ursache der plötzlichen Heilung die Aufregung an, der das Kind während der Tage, die der Consultation vorangingen, ausgesetzt war, indem es davon sprechen hörte, dass sein Zustand bedenklich sei und die Zuziehung mehrerer Aerzte erfordere.

Holtermann (Sachsenberg).

III. Société de chirurgie.

Sitzung vom 25. Mai 1887. (Lé Progrès médical 22. 1887.)

127) **Polaillon** berichtet über einen Fall von secundärer Naht des *Nervus medianus* mit sofortiger Rückkehr der Sensibilität. Wunde am Handgelenk, völlige Durchschneidung des Ulnaris und Medianus. Naht beider Nerven; Misserfolg. Zweite Operation. Hautschnitt über dem Medianus; das obere Ende desselben endete in dünnen getrennten Fasern, die sich im Narbengewebe verloren; das untere Ende war abgerundet, den benachbarten Theilen adhaerent und ziemlich entfernt von dem oberen. Isolirung der Enden, Anfrischung. Bei dem circa 4 Cm. langen Zwischenraum zwischen beiden konnte eine Naht nur dadurch hergestellt werden, dass man das obere Ende des Medianus möglichst hervorzuziehen versuchte, die Hand zum Vorderarm beugte und durch einen Gypsverband in dieser Stellung hielt, der Ulnaris wurde nicht genäht. 5 Stunden nach der Operation völlige Rückkehr der Sensibilität in dem Gebiete des Medianus und merkwürdiger Weise auch des Ulnaris.

Zur Erreichung eines günstigen Erfolges ist nach P. erforderlich eine sorgfältige Naht der Enden, Heilung per priman intentionem, Regeneration des peripheren Nervenendes (bei secundärer Naht), die nach einigen Monaten eintritt. Die primäre Naht muss sofort nach dem Unfall ausgeführt worden, bevor die Degeneration des peripheren Endes eintritt, was nach einigen Stunden der Fall ist.

Holtermann (Sachsenberg).

IV. Société médicale des Hopitaux.

Sitzung vom 25. November 1887. (Progrès médical 1887. Nro. 49.)

128) **Débove** stellt einen hysterischen Kranken mit *Atrophie sämmtlicher Armmuskeln* vor, die in Folge einer Fractur entstanden ist. Die Amputation, die der Kranke bei der Unmöglichkeit den Arm zu gebrauchen wünscht, wird in Rücksicht auf die bei der bestehenden Hysterie eventuell auftretenden unangenehmen Zufälle, die ein durch die Operation gesetztes Trauma hervorrufen könnte, abgelehnt.

Holtermann (Sachsenberg).

V. Société de Thérapeutique.

Sitzung vom 9. November 1887. (Le Progrès médical 1887. Nro. 48.)

129) **Paul** hat **Bourru** veranlasst mit seinen Kranken die Experimente über die *Fernwirkung der Medicamente in der Hypnose* zu wiederholen; er überliess ihm die Wahl der dazu geeigneten Individuen sowie der Arzneimittel. Die Experimente sind völlig gescheitert; so brachte Jodkalium eine dem Alkohol analoge Wirkung hervor. Ein mit Aqua Laurocerasi gefülltes Gläschen verursachte der hypnotischen Person genähert allerdings die charakteristische Wirkung: Ausdruck des Wohlbehagens etc. Unglücklicherweise jedoch ergab sich, dass ohne Vorwissen von Paul das Glas statt mit Aqua Laurocerasi mit gewöhnlichem Wasser gefüllt war.

Holtermann (Sachsenberg).

VI. Société française d'otologie et de laryngologie.

Sitzung vom 27. October 1887. (Le Progrès médicale 1887. Nro. 46.)

130) **Launois** (Lyon) macht Mittheilung über den *Zusammenhang von Ohrerkrankungen mit psychischen Störungen.* Seine Beobachtungen beziehen sich auf 45 Frauen; er theilt dieselben in 2 Kategorien, je nachdem die Kranken den Arzt aufsuchten wegen schlechten Gehörs oder wegen der Hallucinationen. Die erste Gruppe umfasst 19 Kranke, von denen 15 hallucinirten und 4 an Taubheit ohne Hallucinationen litten. Von den 26 Kranken der zweiten Gruppe litten 12 an Hallucinationen ohne Ohrerkrankungen, während bei 14 die letzteren in verschiedener Art sich fanden. L. schliesst aus diesem Befund, dass Erkrankungen des Ohres nicht selten bei Geisteskranken vorkommen und dann die prädisponirende Ursache von Gehörshallucinationen werden, und empfiehlt bei derartigen Kranken die Ohren genau zu untersuchen, da ein geeignetes Verfahren eventuell Heilung herbeiführen kann.

Holtermann (Sachsenberg).

VII. Association française pour l'avancement des scienses.

Congrès de Toulouse. Section de médécine.

(Progrès médical 47. 48. 1887.)

131) **Gosse** (Genf) macht Mittheilung über die *Art und Weise des Todes in gewissen Fällen von Erhängen.*

Der Tod ist nicht immer die Folge von Asphyxie, denn er kann auch ohne Zuschnürung des Kehlkopfes eintreten; es genügt,

um den Tod herbeizuführen, dass die seitlichen Theile des Halses und in Folge dessen auch die grossen Gefässe eine starke Compression erleiden. Der Tod trittt dann durch Congestion des Gehirns und der Meningen ein; man findet in solchen Fällen in letzteren und im Pericranium Ecchymosen. G. hat an sich selber experimentirt, nach ungefähr $2^1/_2$ Minuten stellten sich Symptome von Hirncongestion ein gefolgt von Bewusstseinsverlust.

132) **Burot** (Rochefort): *Sur la maladie des tics.* B. beobachtete folgenden Fall: Bei einem jungen Mädchen bestehen seit dem 6. Lebensjahre convulsivische Zuckungen des Gesichts und der Glieder mit unarticulirtem Schreien verbunden; seit dem 14. Jahre ist Coprolalie aufgetreten. In der Familie des Vaters sind mehrere Fälle von Tic convulsiv vorgekommen. Verschiedene Behandlungsmethoden waren ohne Erfolg; der Hypnose, die nach Ansicht B.'s vielleicht noch die besten Erfolge erzielt hätte war die Kranke nicht zugänglich.

133) **Bernheim** (Nancy) theilt das Ergebniss seiner Untersuchungen über die *Regelung der Menstruation durch Hypnotismus* mit. Die Versuche sind geglückt; es wird ein Fall erwähnt, der eine hysterische Frau betrifft, die anfänglich alle 3 Wochen, später alle 14 dann an jedem 11. oder 12. Tage menstruirt war. Die Menstruation war ausserdem schmerzhaft und von nervösen Erscheinungen begleitet. Die Sugestion in der Hypnose, sie solle alle 4 Wochen ohne Schmerzen mit mässigem Blutverlust und 3 Tage lang menstruirt sein, gelang und die Menstruation vollzieht sich seitdem in der angegebenen Weise.

134) **Livon et Alezais** (Marseille) haben Untersuchungen über den *Urin von Tabetikern* angestellt und folgende Resultate erlangt. 1. Die Quantität des Harnstoffes ist vermindert. 2. Die Quantität der ausgeschiedenen Phosphorsäure ist vermindert; jedoch der relative Gehalt in der Form von erdigen Phosphaten vermehrt. 3. die Menge des ausgeschiedenen Chlors erscheint vermehrt. 4. Der Urin ist stark sauer. Die Untersuchungen sind noch nicht abgeschlossen, weitere Veröffentlichung bleibt vorbehalten.

135) **Bernheim** (Nancy) theilt einen Fall von *Glossohemiplegie corticalen Ursprungs* mit. Es handelt sich um eine Hemiplegie der Zunge ohne Mitbetheiligung des Facialis, die während des Lebens constatirt war; man fand bei der Section einen Herd, der am Rande des unteren äussersten Endes der vorderen rechten Centralwindung gelegen war. B. schliesst aus diesem Befunde, dass das corticale Centrum des Hypoglossus die vordere Region des untersten Theiles der vorderen Centralwindung einnimmt, dicht bei der Furche, die sie von der dritten Stirnwindung trennt. Holtermann (Sachsenberg).

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. **15. Februar 1888.** **Nro. 4.**

Inhalt.

I. Originalien. Morbus Basedowii und Bronced Skin. Von Dr. **H. Kurella.**

II. Original-Vereinsberichte. I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. **Thomsen:** Vorstellung eines Falls von traumatischer Reflexpsychose. **Oppenheim** und **Remak:** Ueber einen Fall von Bulbärerkrankung. II. Berliner medicinische Gesellschaft. **Lewin:** Ueber ein locales Anaestheticum.

III. Referate und Kritiken. **Obersteiner:** Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane im gesunden und kranken Zustande. **Steinbrügge:** Ueber secundäre Sinnesempfindungen. **Peter:** Neurosen ohne und mit materieller Läsion. **Sell:** Affecte als Krankheitsursachen. **Shakespear:** Der Bacillus des Tetanus. **Suckling:** Ein Fall von Tumor des Cerebellum, Operation, Tod in Folge von Shock. **Wolff** Bemerkungen über das Verhalten der Cerebrospinalmeningitis zu den Infectionskrankheiten. **Schütz:** Acute Myelitis mit Ausgang in Heilung. **Seeligmüller:** Zur Diagnose und Therapie der Intercostalneuralgie. **Musso:** Ein Fall von erblicher progressiver Muskelatrophie. **Seeligmüller:** Ueber Myoclonie (Paramyoclonus) und Convulsibilität (Spasmophilie). **Wachsner:** Einwirkung des electrischen Inductionsstroms auf subcutane Einspritzungen. **Walter:** Wie wirkt Faradisation der Leber auf die Stickstoffausscheidung. **Tscherbach:** Ueber den Einfluss des Nicotins und Tabakrauchens auf die Nervencentren. **Dehio:** Untersuchungen über den Einfluss des Coffeins und Thees auf die Dauer einfacher psychischer Vorgänge. **Chloralhydrat. Ott:** Acetanilid als Nervenmittel. **Kolyljansky:** Heilung von Dysmenorrhoe durch hypnotische Suggestion bei einer Hysterischen. **Kolski:** Ueber die Hervorrufung der Menstruation durch Suggestion in der Hypnose. **Sallis:** Der thierische Magnetismus und seine Genese. **Eibe:** Mittheilungen über die directe Erblichkeit der Psychosen. **Schröter:** Psychiatr. Gutachten über einen taubstummen und erblindeten Brandstifter. **Koch:** Der Einfluss der socialen Missstände auf die Zunahme der Geisteskrankheiten.

IV. Aus den Vereinen. I. Verein der Aerzte in Steiermark. II. Pathological society of London.

I. Originalien.

Morbus Basedowii und Bronced Skin.

Casuistische Mittheilung von Dr. H. KURELLA,

II. Arzt der Kuranstalt für Gemüths- und Nervenkranke, Ahrweiler.

In Nro. 2 dieses Jahrgangs bringt diese Zeitschrift Mittheilungen Oppenheims in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Ner-

venkrankheiten über das gleichzeitige Vorkommen von Morbus Addisonii und Morbus Basedowii bei einem Individuum. Einen ähnlichen Fall behandelte Schreiber dieses im Herbst 1882; es handelte sich um ein 16jähriges, etwas schwachsinniges Mädchen, bei dem es kurz nach der ersten Menstruation erst zu Herzpalpitationen, dann zu rapider Strumabildung, und schliesslich zu Exophthalmus gekommen war. Sehr ausgesprochenes Graefe'sches Zeichen. Häufige nächtliche Angstanfälle mit deutlichen Gesichtshallucinationen, die jedoch nur wenige Minuten anhielten. Als die Kranke in meine Behandlung kam, bestand nur eine tiefbraune Färbung des Brust-Warzenhofes und seiner Umgebung, beiderseits etwa 5-Markstück gross, einige Flecke, ganz von der charakteristischen Broncefärbung, in der Axillargegend, und eine diffuse Pigmentirung um die Augengegend beiderseits. Im Lauf der ersten 4 Wochen der Beobachtung nahm die Pigmentirung der Axillargegend zu, es erstreckten sich weitere Flecke auf den Oberarm und über die Mammae. Die Hautaffection veranlasste mich, neben den anfangs subcutan in der Nähe der geschwollenen Drüse applicirten Ergotin-Injectionen auch Solutio Fowleri in steigender Dose subcutan zu geben; in der That blieb die Pigmentirung auch stehen, die Palpitationen und die Angstanfälle nahmen an Zahl und Intensität ab, was wohl auf Rechnung einer energischen Kaltwassercur (kalte Einpackungen und Uebergiessungen) zu setzen ist. Nach dreimonatlicher Behandlung verlor ich, da ich meinen Wohnsitz änderte, die Kranke aus den Augen.

In der neuesten Literatur finden sich übrigens 6 ähnliche Fälle und zwar sämmtlich von Dr. D. Drummond. (Graves' disease; Brit. medic. Journal, 14. Mai 1887.) Ohne auf die sonstigen interessanten Einzelheiten dieser Fälle hier näher einzugehen, soll nur bemerkt werden, dass D. in allen 6 Krankengeschichten die Pigmentirung der Haut hervorhebt, die sich als mehr oder weniger starke Broncefärbung, in einem Fall mit Leucoderma verbunden, darstellte in keinem der Fälle fanden sich jedoch die für M. A. characteristischen intensiv gefärbten kleinen Pigmentflecke auf der Augen- und der Mundschleimhaut; in zwei von den Fällen wurde die Section gemacht; im ersten fand sich sehr reiches Orbitalfett, Dilatation des r. Ventrikels, Poliomyelitis anterior, — im zweiten Falle Hypertrophie des linken, Dilitation des r. Ventrikels, reichliches Orbitalfett, deutliche Verlängerung des N. opticus, Fettdegeneratiou aller Augenmuskeln; ein Müllerscher Muskel war nicht zu finden; das rechte Ganglion cervicale infer. war mit der Umgebung leicht verwachsen.

D. will es unentschieden lassen, ob die Hautpigmentirung in diesen Fällen eine Folge des universellen Leidens ist, wie man sie oft bei Malaria, Carcinom und Tuberculose findet, oder ob sie in directem Abhängigkeitsverhältniss zu dem Nervenleiden steht, das man als Grundlage des M. B. ansehen muss, wie man es auch für die Broncefärbung bei M. A. annimmt.

II. Original-Vereinsberichte.

I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung: Montag den 9. Januar 1888.

Von Dr. König (Dalldorf).

136) **Thomsen:** *Vorstellung eines Falles von traumatischer Reflexpsychose.*

Der 42 j. Militärinvalide W., erblich belastet, sonst aber gesund, erhielt 1870 einen Schuss in den rechten Oberarm, welcher den radialis jedenfalls mit verletzte. 1884 traten Schmerzanfälle im Arm auf, welche sich bald steigerten. 1885 traten *jedesmal unter Schmerzen im Arm* durch dieselben eingeleitete Anfälle *hallucinatorischer Geistesstörung* auf, anfangs kurz und mit reinen Intervallen, später längere, schwerer und mit unreinen (ängstliche Träume, Verstimmung etc.) Intervallen. Im Anfall sieht Patient jedesmal Gestalten und Thiere, blutige Menschen, Büffel, Hunde etc., von denen er sich bedroht glaubt; sonstige Hallucinationen fehlen. Bei schweren Anfällen wird er verwirrt und sehr aufgeregt, in den leichten nur ängstlich, im Intervall ist er geistig gesund nnd hat völlige Krankheitseinsicht.

Im Anfall besteht eine Hemianästhesia dextra sowohl der Haut wie der Sinnesorgane; Geruch und Geschmack fehlen rechts. Das Gesichtsfeld ist beiderseits enorm eingeengt, die Farben werden schlecht oder gar nicht (bis auf Roth) erkannt; das linke Ohr ist taub.

Im Intervall verschwinden alle Sensibilitätsstörungen.

Am 27. Dezember wurde dem Kranken die Narbe excidirt, 2 Tage darauf kam noch ein 24 st. hallucinatorischer Anfall zum Ausbruch; seitdem besteht geistige Gesundheit bei normaler Sensibilität. Epilepsie hat der Kranke nie gehabt. Es handelt sich also um eine reine pheripherisch bedingte Reflexpsychose.

(Vergl. auch Charité-Annalen 1888.)

137) **Oppenheim** und **Remak**: *Ueber einen Fall von Bulbärerkrankung (mit Demonstration von Präparaten).*

R. sah die 40 jährige Patientin zuerst am 15. Dezember 1886; Pat. hatte vor 19 Jahren einmal abortirt und seitdem nicht mehr geboren; vor 6 Jahren war eines Abdominaltumors halber die doppelseitige Castration bei ihr vorgenommen worden. Seitdem keine Regel mehr; Heredität nicht zu ermitteln; ihr Mann war stets gesund gewesen bis auf Unterschenkelgeschwüre; keine Lues. Als Mädchen litt sie vielfach an Kopfschmerzen, war immer schlecht genährt und hatte stets hervorstehende Schulterblätter gehabt. Seit längerer Zeit sollen die rechte Schulter schon steif sein. Ihre jetzige Erkrankung konnte sie auf 5 Wochen zurückführen, im Gespräch mit ihrer Mutter begriffen, versagte ihr plötzlich die Zunge, ohne dass Schwindelzustände eingetreten wären; nachher ging es wieder, und seitdem soll die Fähigkeit zu sprechen wechseln. Bald nach dem 1. Anfalle bemerkte sie auch schlechtes Schlingen, verschluckte sich häufig, hatte

das Gefühl, als wenn sie einen Klotz im Halse hätte. Auch das Gesicht sei breiter und schlaffer geworden; ebenso könnte sie nicht mehr pfeifen.

Es handelt sich um eine blasse, fieberfreie Person, welche eine leichte Struma darbot. Diese sollte seit 6 Jahren bestehen, ohne Beschwerden zu verursachen; auffällig war die Unregelmässigkeit der Herzaction; der Puls setzte mehrfach aus, dann kamen wieder schnellere Schläge; Therapeutisch galt es vor allem die Deglutitionsstörungen zu bessern; am wirksamsten erwiess sich die Auslösung der Schlundreflexe durch Streichen am Schildknorpel beiderseits mit einer Electrode von 10 Qucm; unmittelbar darauf war Patientin im Stande zu schlucken und ihre Mahlzeit einzunehmen. So wurde sie zwei Monate lang behandelt. Trotzdem machte die Krankheit langsame Fortschritte.

Am 29. Januar bekam sie einen Anfall; sie konnte plötzlich gar nicht sprechen; am 31. Uebelkeit und Erbrechen unter Kopfschmerzen. Am 5. Februar Ptosis beiderseits, welche jedoch durch Willensanstrengung überwunden werden konnte. Am 12. Februar starke Kopfschmerzen ohne Uebelkeit und Erbrechen; die Ptosis war ausgeprägter und konnte nicht mehr überwunden werden; die Sprache war sehr wenig nasal und einigermassen gut modulirt. Am 16. Februar konnte sie gar nicht mehr schlucken, auch die Stirne nicht mehr runzeln. An demselben Tage veranlasste R. die Aufnahme in die Nervenklinik der Charité. — Von Oppenheim aufgenommener Status, dabei waren die Herztöne rein. Urin ohne Eiweiss und Zucker. Eine Anchylose des rechten Schultergelenkes war vorhanden; bei Erhebung des rechten Armes hob sich das rechte Schulterblatt auffällig ab. Die electrische Untersuchung schien einen Defect des unteren Abschnittes des Cucullaris zu ergeben; sonst waren alle Bewegungen normal. Der Gesichtsausdruck war eigenthümlich durch eine auffallende Schlaffheit und Breite des Mundes. Die Oberlippe erschien auffallend dünn; die Nasolabialfalten waren nahezu verstrichen. Patientin konnte nicht den Mund spitzen oder pfeifen. Die Sprache wenig alterirt. Der Augenschluss war unvollkommen. Durch diese eigenthümliche Schlaffheit und Breite des Mundes und das Verhalten der Augenschliessmuskeln hatte das Gesicht einige Aehnlichkeit mit der facies myopathica, wie sie bei der progressiven Muskelatrophie der Kinder vorkommt. Die Sensibilität des Gesichtes und der Lippen waren normal. Pupillen waren eng aber reagirten auf die bekannten drei Arten. Die Zunge soll immer angewachsen gewesen sein; sie konnte nur wenig vorgestreckt werden; sonst wurde sie gut bewegt, sie zitterte nicht und war nicht atrophisch. Der Gaumensegel hob sich gut und gleichmässig; die Gaumensegelreflexe in Ordnung. Die Stimme war klar und leidlich modulirt, kaum nasal; auch fehlte ihr der grunzende Ton, wie man ihn sonst bei der Bulbärparalyse gewohnt ist. Die laryngoskopische Untersuchung ergab nichts abnormes.

Wenn man Patientin lesen lies, so ging das anfänglich ganz gut, allmählich trat aber eine Undeutlichkeit der Silben ein, und es kam dann zu eigenthümlichen Mitbewegungen der Stirnmuskeln, wie man sie bei Paralytikern sieht. Seit einiger Zeit hat Pat. Gedächt-

nissschwäche für die jüngste Vergangenheit bemerkt. Die Kniephänomene waren lebhaft, kein Fussclonus, keine Störung von Seiten der Blase.

Die electrische Untersuchung im Facialisgebiet ergab folgendes; der sphincter oris, der obere wie der untere war sehr schlecht erregbar für den galvanischen wie faradischen Strom. Keine Entartungsreaction.

Es bestand also der Symptomencomplex der Paralysis labio-glossopharyngea, der zuerst apoplectiform aufgetreten und dann progressiv verlaufen war; dass die Kernregion selbst betroffen war, ging hervor aus der circumscript atrophischen Veränderung einzelner Muskeln. Von dem gewöhnlichen Bilde wich dieser Fall ab dadurch, dass keine Sprachstörung und Degeneration des Zungenmuskels bestand, stimmte mit den Beobachtungen Remak's vollständig überein.

Am 17. Februar starke Respirationsnoth mit Trachealrasseln.

18. Februar Exitus. 19. Februar Section. Am Gehirn fanden sich nur wenig erweiterte Ventrikel, keine Gefäss- oder Heerderkrankungen. Die von O. ausgeführte mikroskopische Untersuchung ergab folgendes: In der Gegend der Pyramidenkreuzung bietet die Medulla nichts besonderes. Wo der Hypoglossuskern anfängt, deutlich zu werden, ist auch seine Erkrankung zu konstatiren, in seiner oberen Hälfte mehr wie in der unteren. An einer Stelle ist die Atrophie eine vollständige. Auch der gemischte Kern ist in dieser Weise verändert. Auch der Facialiskern erscheint nirgends normal; am stärksten betroffen ist die untere Hälfte. Im Abducenskern und im Bereich des Trigeminus nichts pathologisches. Die Wurzeln der Nerven erscheinen durchweg gesund; auch im Oculomotoriuskern fand sich nichts.

Der Musculus orbicularis oris zeigte sich mässig atrophisch, partieller Verlust der Querstreifung. An der Diskussion betheiligten sich Oppenheim, Mendel, Bernhardt und Remak.

II. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. Januar 1888.

Von Dr. Otto (Dalldorf).

138) **L. Lewin:** *Ueber ein lokales Anästhetikum mit Demonstration.*

Vortrag. fand in einer aus England bezogenen Masse, *Haya* genannt, ein wirksames Princip, welches mit dem aus einer afrikanischen Pflanze, Erythrophleum judiciale, gewonnenen Alkaloid in seinen Eigenschaften übereinstimmte. Die genannte Pflanze wird von den Wilden zu Gottesurtheilen angewandt. Der aus ihr schon 1882 dargestellte wirksame Bestandtheil, *Erythrophleinum hydrochloricum*, bewirkt nach Einträufelung einiger Tropfen einer wässerigen 0,2% Lösung schon nach 15—20 Minuten vollständige Empfindungslosigkeit der Hornhaut, welche 1—2 Tage bestehen bleibt. Auch bei subcutaner Injection trat in der Nähe der Injectionsstelle derselbe Effect ein. Ausserdem hat das Mittel eine herzlähmende und krampferzeugende Wirkung. Dosen von zwei Centigramm vermögen einen Hund zu tödten.

III. Referate und Kritiken.

139) **Heinrich Obersteiner** (Wien): Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane im gesunden und kranken Zustande. (Wien, Toeplitz und Deutike 1887. gr. 8°. 406 S. 178 Holzschn.)

Als mir Obersteiner vor einigen Monaten sein vorzüglich ausgestattetes Buch vorlegte, sagte ich bereitwilligst eine Besprechung desselben in unserem C.-Bl. zu, und, nachdem ich das Buch jetzt kennen gelernt habe, bin ich bereit mein Wort einzulösen.

Aber die Grösse und der Umfang des von O. verarbeiteten Stoffes zwingen mich statt eingehender Besprechung nur eine einfache Empfehlung des Buches zu schreiben, die durch ihre Kürze weder an Wärme noch an aufrichtiger Ueberzeugung verlieren soll.

O.'s Buch füllt eine grosse Lücke aus, beseitigt ein längst vorhandenes Bedürfniss; es ist jedem, der in die Geheimnisse der Hirnanatomie eindringen will, ein gründlicher Leitfaden, dessen Werth derjenige am Besten zu schätzen weiss, der die Schwierigkeiten und Hindernisse selbst kennen gelernt hat, die auf dem Wege zur Kenntniss der Hirnatomie liegen, oder — vielleicht darf ich es sagen — gelegen haben. Dass ich hier nicht die Schwierigkeiten meine, die der Stoff birgt, muss jedem Erfahrenen klar sein und wenn O.'s Buch diese Hindernisse nur zu einem Theile zu beseitigen oder doch leichter zu überwinden hilft, dann darf sich der Verfasser schon glücklich schätzen.

Wie O. seinen Stoff eingetheilt und bearbeitet hat ergiebt sich aus folgender Uebersicht.

Der I. Abschnitt handelt von den Methoden der Untersuchung, der II. von der Morphologie des Centralnervensystems, also von den makroscopischen Verhältnissen der äusseren Reliefgestaltung sowie der auf Schnitten ohne weitere Vorbereitung sichtbaren Elemente der einzelnen Hirntheile, der III. Abschnitt bringt das Wichtigste über die nervösen und nicht nervösen Gewebsbestandtheile und jene Veränderungen, denen sie unter krankhaften Verhältnissen unterliegen; der IV. Abschnitt handelt von den feineren Untersuchungen des Rückenmarkes. Im V. wird eine topographische Durchsicht des Gehirns gegeben, im VI. die Faserzüge und Bahnen besprochen und im VII. Abschnitt die Hüllen des Centralnervensystems abgehandelt.

Ueberall tritt der Verf. didactisch auf und führt den Lernenden vom ersten einfachsten Faserungspräparat bis zur vollendeten Schnittreihe in complicirtester Färbung mit Umsicht und Sicherheit.

Das Buch will nur ein technisch-anatomisches Handbuch sein. Trotzdem finde ich die physiologischen und pathologischen Hinweise zu spärlich; gerade durch deren zweckmässige Einschaltung in den Text und Berücksichtigung im Register würde das Buch auf die noch verdienstlichere Höhe eines äusserst werthvollen klinischen Rathgebers emporgehoben werden können.

Die Abbildungen, durchweg nach Originalzeichnungen angefertigt, befriedigen alle Ansprüche.

Möge das Buch die Verbreitung finden, die es verdient.

Erlenmeyer.

140) **H. Steinbrügge** (Giessen): Ueber secundäre Sinnesempfindungen. (Wiesbaden, bei Bergmann 1887.)

Im Centralblatt für Nervenheilkunde 1881 pag. 206 ist die Arbeit von Bleuler und Lehmann: „über zwangsmässige Lichtempfindungen durch Schall und verwandte Erscheinungen auf dem Gebiete der anderen Sinnesempfindungen", besprochen worden. Wir verweisen auf dieselbe deswegen, weil auch Verf. im vorliegenden Schriftchen sich vielfach auf sie bezieht. Auch der sonst wenig beachteten Arbeit Nussbaumer's aus dem Jahre 1873 ist bei Gelegenheit jenes Referates Erwähnung geschehen. Eine geringe Anzahl von Augenärzten beschäftigten sich seitdem mit der interessanten Erscheinung der secundären Sinnesempfindungen. Der Physiologe Hensen in Kiel glaubte bei Besprechung der Arbeit von Bleuler und Lehmann, dass mit der Zeit diese Art von Beobachtungen wichtige Aufschlüsse über die Vorgänge im Gehirn geben werden, dass wir aber jetzt noch nicht recht etwas damit anzufangen wüssten.

Das Interesse des Verf.'s des in der Ueberschrift bezeichneten Werkchens wurde durch einen Fall geweckt, den er im Jahre 1885/86 in Madeira selbst beobachtete. Der dort im Exil lebende Jesuitenpater Ernst Schmitz hatte in der Unterrichtsstunde der Physik seinen Schülern über „Audition colorée" Vortrag gehalten. Nach der Stunde meldete sich ein Schüler, welcher behauptete, sein Lebelang Ton- und Farbenempfindung mit einander verbunden zu haben. Bei dem 16 jährigen gesunden Priesterzögling erzeugten die hohen Töne die Empfindung eines reinen Roth; von der eingestrichenen Oktave an nach abwärts erschienen die Töne anfangs gelbroth, in der Tiefe rein gelb. Vokal a erschien weiss, e silberweiss, i roth, o gelb und u schwarz.

Die von Fechner gesammelten Fragebogen des academisch-philosophischen Vereins wurden dem Verf. zur Verfügung gestellt. Es waren 442 Fälle von Farbenassociationen gesammelt, darunter 95 unsichere, sodass 347 „Entschiedene" im Sinne Fechner's übrig bleiben. Unter ihnen 2 Blinde und 1 Farbenblinder. Die grösste Anzahl der Angaben betrifft Associationen der Vocale mit Farben. Einige associiren Tonarten mit Farben. Sonst wurden einmal Geruchsphotismen, einmal Geschmacksphotismen und einmal Farbenempfindung bei sensibelen Eindrücken gemeldet. Bekanntlich haben Bleuler und Lehmann auf die Erblichkeit der Secundärempfindungen hingewiesen. In den Fragebögen ist darauf keine Rücksicht genommen, aber die betreffende Erscheinung ist zuweilen von mehreren Geschwistern gleichzeitig notirt. In der ersten Jugendzeit ist sie am lebhaftesten, später nimmt sie an Stärke ab.

Es scheint, dass hier cerebrale Vorgänge vorliegen und es tritt die Frage auf, worin dieselben bestehen. Sind es Doppelempfindungen oder sind es Associationen von Vorstellungen? Nach Verf. scheinen beiderlei Vorgänge vertreten zu sein. Ursprünglich haben vielleicht bei allen „positiven" Personen in frühester Jugend Doppelempfindungen bestanden; in späteren Jahren mag dann die Disposition des Gehirns,

welche die Doppelempfindung veranlasste, erloschen sein, aber die Combination der sensorischen Eindrücke hatte sich fest dem Gedächtnisse eingeprägt, so dass bei der Erinnerung an den Begriff, das Wort oder den Vocal, jedesmal die associative Vorstellung der Farbe wiederkehrte. Den Vorgang der Doppelempfindung stellt sich Verf. so vor: bei jeder *normalen* Sinnesempfindung dürfen wir annehmen, dass die von dem terminalen Nervenepithel eines Sinnesorganes aufgenommene mechanische oder chemische Erregung bis zu den Hirnrindenzellen fortgeleitet werde und hier eine uns unbekannte Function der Hirnzelle als Gehörs-, Gesichts-, Geschmacksempfindung u. s. w. zur Geltung kommt. Es lässt sich nun denken, dass bei excessiver Erregbarkeit der sensorischen Hirnelemente die Reizwelle auf weitere Strecken fortgeleitet werde und dass derartige abnorme Erregungszustände in den centralen Sinnesfeldern, vor allem in den akustischen Centren der Doppelempfindungen bei den Positiven zu Grunde liegen. Eine „besondere Disposition" der nervösen Centralorgane der Positiven muss allerdings dabei angenommen werden, erblich wird ihnen ein gewisser Grad cerebraler Reizbarkeit im Bereiche einiger centraler Sinnesfelder zugefallen sein. Hinsichtlich des vom Verf. gegebenen Deutungsversuches muss allerdings betont werden, dass die Qualität des Sinnesreizes dabei *nicht* in Betracht gezogen werden darf.

Goldstein (Aachen).

---

141) **Peter** (Paris): Des névroses sans lésion et des névroses avec lésion matérielle. (Neurosen ohne und mit materieller Läsion.)
(Gaz. des Hôp. 1887. Nro. 141.)

Auf Grund eines (!) von Charcot beobachteten Falles von Hysterie mit consecutiver Ataxie locomotrice bemerkt P., dass die functionellen Nervenstörungen, mit der Zeit zu materiellen werden, indem die anfängliche Hyperämie der betreffenden Nervenpartie in Hyperplasie resp. Sclerose übergehe.

Diese an und für sich sehr kühne weil auf nur einen Fall gestützte Behauptung, steht bekanntich mit der allgemeinen Anschauung über den Verlauf der funktionellen Neurosen in crassesstem Widerspruch.

Pauli (Köln).

---

142) **A. Sell** (Kjöbenhavn): Sindsbevaegelser som Sygdomsaarsager. (Affecte als Krankheitsursachen.) (Hospitals - Tidende 1887. Nro. 41, 42.)

S. bemerkt, es wäre sonderbar, dass man in unsrer Zeit den aetiologischen Werth psychischer Einflüsse nur an einem Gegenstande, wie der Hypnotismus, studirt, während die alltägliche Erfahrung den gewaltigen Einfluss der Affecte lehrt. Er theilt 45 hieher gehörige Fälle mit, die hier kurz zusammengestellt werden sollen.

Kummer.

1) (Original Fall 5.) 43 jährige Frau leidet an heftigem Kopfschmerz seit der Erkrankung eines Sohnes an einer Psychose.

2.) 22 jähriges Mädchen. Ursache: Aufhebung der Verlobung. Wirkung: Unmittelbar darauf lähmungsartige Schwäche, heftiger Kopfschmerz. (Orig. Fall 7.)

3.) 47 jährige Frau. Heftige Kopfschmerzen bei jedem deprimirenden Erlebniss. (Orig. Fall 8.)

4.) 25 jähriges Mädchen. Ursache: Untreue des Geliebten. Wirkung: Unmittelbar nach der Entdeckung heftiger Kopfschmerz, Cardialgie, Verwirrung der Vorstellungen, unruhige Gesten. Dauer des Anfalls 12 Stunden. (Orig. Fall 9.)

5.) 60 jährige, nervöse Dame. Ursache: Familienzerwürfnisse. Wirkung: Sieht bei jedesmaligem Auftauchen der betr. Vorstellung sich selbst mit kummervoller Miene ins Zimmer treten. (Hallucination.) (Orig. Fall 11.)

6.) 27 jähriges Mädchen. Ursache: Häusliche Sorgen. Wirkung: Sofortige heftige Cardialgie. (Orig. F. 20.)

7.) 50 jähriger Mann, langjährige Psoriasis. Das Exanthem nimmt bedeutend zu mit jeder Verdauungsstörung, die jedesmal mit Depression einhergeht. (Orig. F. 25.)

Angst.

1.) 68 jähriger Mann verkauft sein Gut, geräth in grosse Angst für seine Zukunft, stirbt den Tag nachdem Verkauf plötzlich an einer Apoplexie. (Orig. F. 2.)

2.) Ein junges Mädchen versucht sich aufzuhängen, defäcirt dabei in die Kleider. (Orig. F. 4.)

3.) Ein Mädchen leidet seit 14 Tagen an ängstlichen Träumen; so lange diese Träume dauerten, bestand auch den ganzen Vormittag täglich heftigster Kopfschmerz. (Orig F. 6.)

4.) 30 jähriger Erstgebärende geräth in hallucinatorische Verwirrtheit, als nach der Ankunft des Arztes die Geburt nicht fortschreitet. Zangenextraction; 4 Stunden darauf wieder normales Verhalten.

5) Eine schwangere Frau träumt, sie würde erhängt, wacht voll Angst auf, hat heftige Uterinblutung und abortirt den Tag darauf. (Orig. F. 18.)

6.) 30 jährige Frau. Ursache: Schreien des Kindes. Wirkung: Heftige Kolik. (Orig. F. 19.)

7.) 29 jährige Frau. Ursache: Beginnender Abort. Wirkung: Heftige Kälteschauer. (Orig. F. 24.)

Schreck.

1.) 51 jähriger Mann. Ursache: Verhaftung des Sohns. Wirkung: Aphasie, wiederholte apoplectische Anfälle. (Orig. F. 1.)

2.) 15 jähriger Knabe. Ursache: Vermeintliche Gespenstererscheinung. Wirkung: Sofortiger epileptischer Anfall, bleibende Epilepsie. (Orig. F. 13.)

3.) 30 jähriger Puerpera; wird am 9. Tage Nachts durch das Umherlaufen einer Maus entsetzt, bekommt Uterinblutungen, die 14 Tage dauern. (Orig. F. 17.)

4.) 40 jähriger Mann. Nierencolik nach einer plötzlichen Trauerbotschaft. (Orig. F. 22.)

Zorn.

1.) 2 jähriges Kind bekommt jedesmal wenn es vor Zorn schreit, einen Anfall von Bewusstlosigkeit und Apnoe, der einige Minuten dauert, oft mehrmals in einer Stunde wiederkehrt. (Orig. F. 15.)

2.) Ganz dasselbe bei einem 2 jährigen Mädchen. (Orig. F. 16.)

S. sucht nun in längerer Auseinandersetzung nachzuweisen, dass eine Reihe schwerer nervöser Störungen, die er bei heftigen Schmerzen und nach Blutverlusten auftreten sah, erst die Folge der seelischen Depression sind, die jeden Schmerz begleiten. Gleichviel, was den psychischen Affect hervorruft, ob eine complicirte Vorstellungsreihe oder ein einfacher starker Sinneseindruck, vermittelnd für die Entstehung der pathologischen Erscheinungen wirke immer ein seelischer Affect. „Wir wissen, dass der Schmerz, was auch seine Ursache ist, durchaus constant von seelicher Depression begleitet wird. Wir wissen, dass diese stets dieselben physio- und pathologischen Folgen hervorruft — in ihrer Art von der Individualität abhängig — wie der Schmerz.“ Kurella (Ahrweiler).

---

143) **Shakespear** (Philadelphia): Tetanusbacillen. (Der Tetanus-Bacillus). (Hospitals - Tidende 1887 . Nro. 49.)

Die Methode S.'s ist die der Pasteur'schen Rabies-Inoculation. Das Material zu den Versuchen stammte aus der Thierklinik der Pensylvania - University, von an Tetanus gestorbenen Pferden und Maulthieren; kleine Stücke des Bulbus oder des Rückenmarks dieser Thiere wurden in sterilisirtem Wasser vertheilt; zu den Impfversuchen wurde dies Material nach längstens 3 Stunden verwandt.

S. giebt sehr detaillirte Mittheilungen über mehr als 50 Versuche an Kaninchen, und kommt zu dem Schlusse, dass das Virus des Tetanus in Bulbus und Rückenmark des afficirten Thiers vorhanden ist. Wie bei Rabies kann seine Virulenz durch Impfung unter die Dura cerebri von Thier zu Thier vermehrt werden, und abgeschwächt werden durch die Pasteur'sche Behandlungsmethode des Rabies-Virus. Auch sind, wie beim Rabies-Virus seine Wirkungen viel intensiver bei Inoculation sub duram cerebri, als bei subcutaner oder intramuskulärer Injection. Ueber den prophylaktischen Werth der Impfungen mit dem abgeschwächten Virus hält S. sein Urtheil zurück. Nach den Erfahrungen der Chirurgen und Thierärzte wäre es wahrscheinlich, dass das Tetanus-Virus häufig von Thieren, besonders vom Pferde, auf den Menschen überginge.

Aus dem Gehirne eines Maulthiers wurde nach der Methode von Stass-Otto auch ein Ptomain dargestellt; nach subcutaner Injection bei Kaninchen wurden die Thiere sehr ängstlich und heftig agitirt, nach 6 Stunden war die Wirkung schon vorüber.

Kurella (Ahrweiler).

---

144) **C. W. Suckling** (Birmingham): Case of cerebellar tumour; operation; death from shock. (Ein Fall von Tumor des Cerebellum, Operation, Tod in Folge von Shock.) (The Lancet. 1. Octob. 1887.)

Kopfschmerzen, Erbrechen, doppelseitige Neuritis optica, Nystagmus, Diplopie, periphere Facialisparalyse der linken, leichte Hemiplegie der rechten Seite, Vertigo, schwankender Gang nach der linken Körperhälfte und Unfähigkeit die Bulbi nach oben zu rotiren, waren die Symptome, auf Grund deren S. die Diagnose „Glioma cerebelli" gestellt und welche die Necropsie bestätigt hat.

Der Geschwulst nahm den ganzen linken Lappen und einen grossen Theil des mittleren kleinen Gehirns ein.

Pauli (Köln).

---

145) **Felix Wolff** (Hamburg): Bemerkungen über das Verhalten der Cerebrospinalmeningitis zu den Infectionskrankheiten.

(Deutsche Medic. Wochenschr. Nro. 50 1887.)

Verf. führt eine Reihe von Infectionskrankheiten auf, die in Verbindung mit Cerebrospinalmeningitis vorkommen, wie Polyarthritis, (wofür er 3 Fälle beibringt), Endocarditis, Pneumonie u. s. w., bei denen es noch zweifelhaft ist, ob es sich um Complicationen oder um Ausdruck desselben Krankheitsvirus handelt. Er ist der Ansicht, dass der fragliche Zusammenhang der Meningitis cerebrospinalis und anderer infektiöser Erkrankungen durch die Bakteriologie entschieden werden dürfte, welche bisher für Pneumonie und Meningitis den lancettförmigen Diplococcus pneumoniae Friedländer als dieeinheitliche Krankheitsursache geliefert habe.

Ruhemann (Berlin).

---

146) **Emil Schütz** (Prag): Acute Myelitis mit Ausgang in Heilung.

(Prag. med. Wochenschrift 1887. Nro. 38.)

Den wenigen in der Literatur verzeichneten Fällen von Heilung acuter Myelitis fügt Verf. folgenden hinzu:

Ein 15jähriger Gymnasiast erkrankt plötzlich nach vorausgegangener Fusstour bei abnormer Hitze an Blasenlähmung. Kein Fieber. Am folgenden Morgen rechte untere Extremität gelähmt, auch rechte obere Extremität paretisch. Patellarreflex rechts sehr schwach, links lebhaft, Bauchreflexe beiderseits erhalten, kein Cremasterreflex, kein Fussphänomen. Stuhl retardirt. 3 Tage nach Beginn der Kranhheitserscheinungen ist Lähmung der unteren Extremitäten vollständig, an der rechten oberen Extremität partiell. Sensibilität überall intakt. Am darauffolgenden Tage zeigt linke obere Extremität Herabsetzung der Motilität, die Bauchmuskeln sind vollständig gelähmt. Sehnenreflexe erloschen. Temperaturempfindung gestört; Schmerzempfindung herabgesetzt. Abends auffälliger Schmerz des 2.—6. Halswirbelfortsatzes. 3 Tage später bessert sich Beweglichkeit der oberen Extremitäten. Tastempfindung fehlt an einzelnen Körperstellen. Nach weiteren 2 Tagen heftiger Schmerz in den Beinen, bedeutende Abmagerung derselben, Decubitus der Kreuzbeingegend. Gürtelschmerz, Harnträufeln.

Cystitis. Tastempfindung kehrt wieder. Nach etwa 8 Tagen nimmt die active Beweglichkeit der unteren Extremitäten zu. Sehnenreflexe kehren wieder. Galvanisation des Rückenmarkes, laue Bäder, Massage, active und passive Gymnastik der unteren Extremitäten. $3^1/_2$ Monate nach Beginn der Erkrankung ist keine Spur einer Funktionsstörung mehr vorhanden.

Es handelt sich nach Verf. im vorliegenden Falle um eine Myelitis acuta disseminata, hervorgerufen vielleicht durch vorausgegangene körperliche Uebermüdung und Liegen auf feuchter Erde. Von Interesse ist der Beginn mit isolirter Blasenlähmung, sowie der fieberlose Verlauf der Erkrankung. Goldstein (Aachen).

---

147) **Seeligmüller:** Zur Diagnose und Therapie der Intercostalneuralgie. (Deut. Medic. Wochenschrift 1887. Nro. 45.)

Als ein werthwolles, Simulation ausschliessendes Zeichen der Intercostalneuralgieen (am traumatischen beobachtet) betrachtet S. die Verstärkung der Bauchreflexe anf der afficirten Seite. Weniger werthvoll, aber beachtenswerth ist die bei Intercostalneuralgieen zuweilen sich zeigende Pupillenerweiterung des betreffenden Auges.

Die Therapie der Affektion betreffend berichtet S. von der günstigen Wirkung der Osmiumsäure, von der 2 Spritzen (10% Lösung), im Lauf von 4—5 Tagen gegeben, zur Beseitigung einer seit 3 Jahren bestehenden linksseitigen Intercostalneuralgie ausreichten. Selbst eine so starke Concentration der Injectionsflüssigkeit führte keinen Hautbrand herbei. Wegen der organisch die Nervensubstanz lädirenden Wirkung der Osmiumsäure möchte sich Verf. bei neuralgisch afficirten gemischten Nerven mit funktionell wichtigen motorischen Fasern z. B. beim Ischiadicus kaum entschliessen stärkere Lösungen als 1% ige einzuspritzen. J. Ruhemann (Berlin).

---

148) **G. Musso** (Turin): Une observation d'amyotrophie progessive héréditaire. (Ein Fall von erblicher progressiver Muskelatrophie.) (Rivista clinica und Union médicale 1888 Nro. 8.)

Ein 56 jähriger Gärtner, wegen acuter Enteritis in das Spital aufgenommen, hat erst im Alter von 3 Jahren mit Mühe gehen gelernt. Bis zum 45. Jahre gesund, fühlte er da erst eine Schwäche in der regio lumbalis, so dass er sich Abends nach längerem Marsch nur mit Anstrengung aufrecht halten konnte. Nach einigen Monaten war die Schwäche so stark, dass er nur gehen konnte mit gegen das Becken rechtwinklich in die Horizontale gebeugtem Körper. Im Liegen schwand diese Biegung gänzlich. Ohne Schmerzen und Lähmungserscheinungen noch Schwäche in Armen und Beinen, hatte er dennoch in der Beinmuskulatur fibrilläre Zuckungen. Er war genöthigt sein Böttcherhandwerk, welches er bis dahin ausgeübt hatte und welchem M. die Entstehung des Leidens zuschreibt (wegen des häufigen Bückens und Aufrichtens) aufzugeben. Excesse in Baccho, Syphilis,

Rheumatismus, Bleiintoxication waren nicht vorhergegangen. In der Familie waren fünf Personen mit dieser Krankheit: die Mutter, ein Bruder der Mutter, zwei Brüder und eine Schwester des Patienten. Die Kinder, 20 und 25 Jahre alt, waren gesund bis dahin. Bei allen waren die ersten Krankheitszeichen im 45—50. Lebensjahre aufgetreten und bei einigen gingen Neuralgieen in der Lumbargegend und in den Unterextremitäten vorher.

Bei der Untersuchung findet M. die Wirbelsäule im Liegen ohne Deviation, keine Störungen der Sensibilität, keine Schmerzen. Die Störungen der Motilität und des trophischen Zustandes finden sich nur am Rücken und an den Beinen. Vom 6. Rückenwirbel bis zum Hüftbein findet man eine Atrophie der Rückenmuskel und eine sichtbare Vertiefung. Dort keine galvanische oder faradische Reaction. Höher am Rücken gibt es nur prompte, aber schwache electrische Reaction ohne Degenerationreaction und gute Entwicklung der Muskeln.

An den Beinmuskeln nur geringe Abmagerungen: Patellarreflex beiderseits schwach, der der Achillessehne fehlt. Die idiomusculäre Excitabilität ist bei den befallenen Muskeln schwach oder fehlt ganz, Muskelsensibität, Muskelsinn und Coordination, Blase und rectum intact. Der Patient kann meilenweit trotz einiger Muskelschwäche der Beine marschiren.

Die Autopsie des an Enteritis zu Grunde gegangenen ergab im September: Die befallenen Rückenmuskeln bestehen fast nur aus Bindegewebe, welches mit einander verlöthet ist, einzelne sind noch rothgelb mit vielen fibrösen Streifen; ebenso einzelne an den Beinen. Die zu diesen Muskeln gehörigen Nerven sind markroscopische normal. In der medulla, die von ziemlich bedeutender Consistenz ist, hat die graue Substanz eine rothbraune Farbe. Histologisch findet man in den Muskeln die bekannten Veränderungen der fettigen und albuminoiden Degeneration".

In der Medulla findet sich der Canalis centralis, namentlich in der Lendenanschwellung auf das dreifache und vierfache ausgedehnt. Um ihn herum und in der grauen Substanz eine grosse Zahl Amyloidkörper, namentlich im Rücken- und Lendentheil und von bedeutender Grösse. Die Gefässe der grauen Substanz sind verdickt, einige ampullös erweitert. In den grauen Vordersäulen in fast allen Schnitten einige Zellen, deren Protoplasma ganz durch Pigment ersetzt ist. Einige Zellkörper geschrumpft mit geschrumpftem Kern; die Ausläufe klein, unregelmässig und gewunden. Die weisse Substanz normal. An den peripheren Nerven findet sich nur an den Stellen, wo sie in die Muskeln eindringen, eine Vermehrung des Bindegewebes auf Kosten der Nervenfasern. Das Myelin ist getrübt und hat sich in die Nähe der Kerne zurückgezogen. Einige Axencylinder sind unterbrochen, an anderen Stellen fehlen sie.

Der Verf. hält die Veränderungen der Medulla für charakterische der senilen Involution der medulla, wie man sie gewöhnlich bei weit vorgeschrittenem Alter findet. Diese Beobachtung soll eine Stütze der

Arndt'schen Ansicht sein, dass die degenerativen nervösen Affectionen sich auf dem Boden eines schwachen und zum frühen Altern bestimmten Nervensystems entwickeln und diese Ansicht soll die beste Anwendung finden bei der hereditären progressiven Muskelatrophie.

Rohden (Oeynhausen und Gardone-Riviera).

---

149) **Seeligmüller:** Ueber Myoclonie (Paramyoclonus multiplex) und Convulsibilität (Spasmophilie). (Dtsche Medic. Wochenschr. No. 52. 1887.)

Bei einem 41 jährigen Manne ohne neuropathische Belastung traten einige Zeit nach einem Falle auf die linke Körperseite unrythmische Zuckungen der rechten Oberextremität, weniger der linken, ferner in der Kopf-, Rumpf- und Bauchmuskulatur auf, Zuckungen, welche durch Einwirkung von Kälte und durch den faradischen Strom gesteigert wurden, auch während des Schlafes öfters ausbrachen. Auf intendirte Bewegungen hatten dieselben keinen Einfluss. Die Muskelerregbarkeit zeigte normales Verhalten gegenüber beiden Stromarten. Steigerung der Kniephänomene, Vorhandensein des Bauchreflexes und des linksseitigen Chvostek'schen Symptoms, Fehlen des Fussclonus; keine Druckschmerzpunkte. Pat. klagt seit langer Zeit über anhaltenden Rückenschmerz. Die Galvanisation des Rückens (Anode auf die Wirbelsäule) war von ausgezeichnetem Erfolge begleitet.

Der z. Z. seiner Erkrankung vierzigjährige Gustav X. gehörte zu einer Familie, deren Mitglieder an Hämorrhoidalaffectionen und spinalen Convulsionen litten. Derselbe wurde, als er sich an einer kürzlich geheilten Schnittwunde am linken Fuss stiess, von sehr heftigen Schmerzen in der linksseitigen Lendengegend und Zuckungen, der linken Rumpfhälfte und linken Extremitäten ergriffen; starke Druckempfindlichkeit der Lumbalgegend. Pat. hatte schon als junger Mann häufig an quälenden Rückenschmerzen gelitten. Nach Blutentziehung an Genick und Lendengegend schwanden die Krämpfe nach einigen Tagen bis auf geringe Spuren.

Für das Zustandekommen der spinalen Convulsionen, d. h. ohne Bewusstseinsverlust, zu welchen die abnorm gesteigerte Erregbarkeit der Vorderhornganglienzellen disponirt, spielen Schreck, Traumen (s. diese Fälle), Erkältung eine grosse Rolle, und es scheint als wenn der in beiden Beobachtungen hervortretende hartnäckige Rückenschmerz, ein Zeichen der spinalen Irritabilität wäre.

Ruhemann (Berlin).

---

150) **Wachsner** (Berlin): Die Wirkung des elektrischen Induktionsstromes auf subcutane Einspritzungen. (Deut. Med. Wochschr. 1887. Nr. 51.)

W. schlägt vor, zur Vermeidung von Lokalbeschwerden, Infiltraten, welche bei subcutaner Einspritzung reizender Medikamente entstehen, durch energische Faradisation der um die Einstichstelle herumliegenden Muskulatur eine schnellere und ausgiebigere Aufsaugung der eingeführten Stoffe zu bewirken. Als Ort der Einspritzung ist die

Hautpartie zu wählen, welche über grossen Muskeln wie Glutaeen, Cucularis und Latissimus dorsi liegt. Die Elevation und Hautempfindlichkeit werden durch 4—5 Minuten lang dauernde Application des Stromes beseitigt. Des Verf. Erfahrungen erstrecken sich auf Sublimat, Bombelon'sches Ergotin und alcoholische Campherlösungen.

J. Ruhemann (Berlin).

---

151) **P. A. Walter**: Wie wirkt Faradisation der Leber auf die Stickstoffausscheidung aus dem Harn und auf den Stickstoffwechsel*).

(Wratsch 1887. Nro. 42.)

Verf. kommt zu dem Resultat, dass Faradisation der Haut in der Lebergegend eine geringe Erhöhung der Stickstoffausscheidung bedingt.

Buch (Willmanstrand Finnland).

---

152) **A. E. Tscherbach**: Ueber den Einfluss des Nicotins und Tabak rauchens auf die Nervencentren. (Wratsch 1887. Nro. 6—11) russisch.

Verf. zieht aus seinen Experimenten den Schluss, dass abgesehen von den übrigen schädlichen Bestandtheilen des Tabakrauchens, die Hauptrolle bei der Tabaksvergiftung das Nicotin spielt; ferner dass dieses Alkaloid, wie auch das Tabakrauchen erregend sowohl auf die graue wie weisse Substanz der motorischen Zone der Hemisphären wirkt, wobei diese Wirkung des Tabaksrauches fast ausschliesslich dem Nicotin oder anderen demselben gleichwirkenden Alkaloiden zukommt. (Auf die Herzcentren wirkt das Nicotin bekanntlich lähmend, bosonders bei chronischer Vergiftung. Ref.)

Buch (Willmanstrand, Finnland).

---

153) **Dehio** (Dorpat): Untersuchungen über den Einfluss des Coffeins und Thees auf die Dauer einfacher psychischer Vorgänge.

(Dorpater Doctor-Dissertation 1887.)

D. hat nach dem Vorgange Kraepelins und auf dessen Rath nach der in der Psychophysik üblichen Methode der Zeitmessung Coffein und Thee untersucht.

In den Versuchen wurde das Coffein in Dosen von 0,5 gr. subcutan injicirt, der Thee (von 1,49% Theingehalt) wurde in Quantitäten von 10 gr. mit 200° Wasser digerirt und auf einmal getrunken.

Für die „einfache Reaction" zeigte sich nun unter dem Einfluss der beiden Substanzen eine gewisse Neigung zur Verkürzung; als Reiz diente der Schall beim Schluss eines Morse'schen Schlüssels.

Bei der Wortreaktion dienten einsilbige Worte; die Wortreaction brauchte bei D. normal 350—450 σ (= Tausendtel-Secunde), nach Coffein 300—400 σ, nach Thee in der Mehrzahl der Fälle 300—350 σ.

Bei der Wortreaction wurde, je nachdem o oder e als Lautsignal diente, ein anderes Antwortsignal gegeben, es zeigte sich jedoch

---

*) Vergl. dieses Centralbl. 1880 Nro. 3.

durchaus kein merkbarer Einfluss der genossenen Substanzen auf diese Reaction. In einigen anderen Versuchen wurden höhere Reactionsformen untersucht, Associationen einfachster Art und einfache Additions- und Subtractionsversuche. Bei den erstgenannten Versuchen zeigte sich eine deutliche Verkürzung der Reactionen, im zweiten Fall lag bei D. die Reactionszeit normal zwischen 900—1000 σ, nach dem Thee zwischen 500—700 σ, und eine ähnliche beträchtliche Verkürzung zeigte sich für andere psychische Vorgänge, deren Dauer normal $^1/_2$—1 Secunde beträgt. Ein Unterschied in der Coffein und der Theewirkung fand sich bei mehreren tausend Versuchen darin, dass Coffein gleichmässige Resultate gab, während Thee zwar grössere Verkürzungen gab als Coffein, jedoch innerhalb weiterer Grenzen. Es scheint demnach, als wenn im Thee neben der regulirenden, uniform machenden Wirkung des in ihm enthaltenen Coffein noch der beschleunigte Einfluss einer anderen, unbekannten Substanz zur Geltung käme. Die hervorragende Beeinflussung von Associationsprocessen neben der geringen der Wortreaction spricht dafür, dass der Thee besonders die Reproduction der Vorstellungen beeinflusst, während die geringe Aenderung der Wahlreaction beweist, dass die Hauptcomponente dieses Vorgangs, die Willenszeit, nicht beeinflusst wird. Es ist bemerkenswerth, dass der verkürzende Einfluss des Alkohols auf die Reactionszeiten auf die Willenszeit beschränkt ist. Dementsprechend zeigt auch der Alcoholismus eine Einbusse der Hemmung motorischer Impulse, während chronischer Theegenuss nur zu einer leichten Impressionabilität und einer Neigung zur Schlaflosigkeit führt.

Alcohol und die Coffein enthaltenden Substanzen genügen somit ganz verschiedenen Indicationen, und sind nicht geeignet einander zu ersetzen. Kurella (Ahrweiler).

---

154) Chloralhydrat. (Philadelphia med. Times. 20. August 1887.)

Die Redaction des Blatts macht bei Erwähnung einer cause célèbre, des Todes einer hochstehenden Dame, die an Chloralgebrauch gewöhnt war, nach einer mittleren Chloraldose, aufmerksam auf die Gefahren des fortgesetzten Chloralgebrauchs. Die Wirkung des Chlorals scheint weniger von der Grösse der Dose, als von den jedesmaligen Resorptionsbedingungen abzuhängen. Oft wurden ganz kleine Dosen Chloral von letaler Wirkung. (0,6 bei einem Erwachsenen), wenn die Dose unmittelbar nach einer Mahlzeit eingenommen wurde. Möglicherweise handelt es sich hier um eine durch den Verdauungschemismus bedingte Bildung freien Cloroforms, besonders beim Uebergang ins Duodennum in Contact mit der stark alkalischen Galle; unter solchen Umständen kann z. B. bei Fettherz, schon eine geringe Menge Chloroform letal wirken. Vielleicht ist deshalb von dem Einnehmen des Chlorals kurz nach einer copiösen Mahlzeit abzurathen.

Kurella (Ahrweiler).

---

155) **Adolf Ott** (Prag): Ueber Acetanilid als Nervenmittel.
(Prag. med. Wochenschrift 1887. Nro. 47.)

Verf. theilt seine durchaus günstigen Resultute mit diesem Mittel (Antifebrin) bei Hemicranie, Trigeminus- und Occipitalneuralgie und bei dysmennorrhoischen Schmerzen mit. Er gibt es in Dosen von 0,5 2—3 mal täglich in Oblaten. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Goldstein (Aachen).

---

156) **L. P. Kolyljansky:** Heilung von Dysmennorrhoe durch hypnotische Suggestion bei einer Hysterischen. (Wratsch 1887. Nro. 45.)

Pat. Frau von 21 Jahren, von gesundem blühenden Aussehen mit sehr stark entwickeltem Fettpolster. Erste Menstruation mit 15 Jahren, heirathete mit 16, gebar mit 17 Jahren normal ein Kind, das jedoch bald starb. Bald darauf setzten die Menses aus, um nach 3 Monaten sehr reichlich aufzutreten (Abort?) und verliefen seitdem mehrere Jahre ganz regelmässig. Im Herbst 1885 gestalteten sie sich so, dass Pat. sich mehrere Tage vorher unwohl fühlte, reizbar war, es stellten sich abwechselnd Frost und Hitze ein nebst starken Schmerzen im Unterleibe und Kreuz, bis die Regeln endlich eintraten, aber nur sehr spärlich, auf 20—24 Stunden und von heftigen Schmerzen begleitet. Den Tag darauf fühlte Pat. sich aber wieder ganz wohl. Zugleich traten mitunter hysterische Anfälle auf in Form von Krämpfen, hysterischem Lachen etc. Es gelang Verf. die leicht hypnotisirbare Pat. durch Suggestion herzustellen; die Regeln traten regelmässig auf, ohne vorhergehendes Uebelbefinden, in normaler Menge und dauerten 3 Tage. Pat. fühlte sich auch sonst viel besser.

Buch (Willmanstrand, Finnland).

---

157) **Kolski:** Ueber Hervorrufung der Menstruation durch Suggestion in der Hypnose. (Medicinskoje Obosrenie 1887 Nro. 20. Wratsch 1887 Nro. 50.)

Bei einem 13 jährigen kräftig gebauten Mädchen von blühender Gesundheit traten hystero-epileptische Anfälle auf und wiederholten sich regelmässig jeden Tag um 6 Uhr. Als letztes Mittel wurde zur Hypnose geschritten, und der Kranken befohlen keinen Anfall weiter zu haben. Am folgenden Tage fühlte Pat. sich wohl, doch stellten sich am Abend Schmerzen in der Wirbelsäule ein; auf erneuerte hypnotische Suggestion verschwanden auch die Schmerzen und Pat. war 2 Wochen lang gesund, worauf die Schmerzen und Anfälle trotz wiederholter Suggestion sich wieder regelmässig einstellten. Da verfiel Verf. darauf durch Suggestion die Menstruation, welche mehrere Monate ausgeblieben war, wieder hervorzurufen und zwar mit bestem Erfolge. Den nächsten Monat blieb sie wieder fort, doch ohne Folgen, im zweiten Monate traten von neuem die hystero-epileptischen Anfälle auf. Darauf Suggestion in der Hypnose mit dem Befehl, dass die Menstruation stets regelmässig eintreten solle. Pat. ist seitdem vollkommen gesund. Buch (Willmanstrand, Finnland).

---

158) **J. G. Sallis** (Wiesbaden): Der thierische Magnetismus und seine Genese. (Leipzig, Günther 1887. 108 S.)

Für medicinische Leser wird der interessanteste Theil der lebhaft und anziehend geschriebenen populären Broschüre die ausführlich gegebene Darstellung von Mesmers Leben und Lehre sein, aus der hervorgeht, dass der Hypnotismus unter dem Namen „thierischer Magnetismus“ bis 1848 auch in Deutschland blühte, und dass nur der bemerkenswerthe Mangel historischen Sinns es möglich macht, die Wundergeschichten von Luys und Bernheim als etwas völlig neues anzustaunen.

Im übrigen enthält die Arbeit eine geschickt getroffene Auswahl aus der neuesten Literatur des Hypnotismus, und zeugt überall von unbefangenem und gesundem Urtheil. Sallis erklärt die hypnotischen Erscheinungen wesentlich als Effecte der Ermüdung durch Concentration und monotone Sinnesreize bei erschöpften oder sonst neuropathischen Individuen. Kurella (Ahrweiler).

---

159) **Th. Eibe** (Aarhus): Nogle Meddelelser vedrörende direkte Arveligbed of Sindssygdomme. (Mittheilungen über die directe Erblichkeit der Psychosen.) (Hospitals-Tidende 1887. Nro. 48, 49, 50, 51.)

E. behandelt in seiner umfangreichen Arbeit alle Fälle der Aarhuser Anstalt, wo Eltern und Kinder nacheinander, oft nach sehr langen Zeiträumen, in die Anstalt aufgenommen wurden. Seine Stastik umfasst 55 Familien, 117 Personen. Die Krankengeschichten giebt E. für jede Familie, sie müssen hier übergangen werden.

Das Material theilt er in drei Gruppen: α, Familien, wo die Ascendenten in direkt aufsteigender Linie disponirt sind (so dass sich hier drei Generationen übersehen lassen), β, wo die Ascendenten disponirt sind, aber nicht in direkt aufsteigender Linie; B, wo die Ascendenten ohne (nachweisbare) Disposition sind.

Altersverhältnisse: Alter beim Beginn des ersten Anfalls:	Ascendenten				Descendenten			
	α	β	B	Total	α	β	B	Total
10—15 Jahre	1	—	1	2	6	5	1	12
16—20 „	5	1	—	6	11	3	4	18
21—25 „	1	—	1	2	5	3	6	14
26—30 „	3	1	2	6	2	1	2	5
31—35 „	1	5	3	9	—	1	3	4
36—40 „	4	2	3	9	2	2	2	6
41—45 „	2	—	—	2	—	—	1	1
46—50 „	2	1	3	6	—	—	2	2

Das Durchschnittsalter beim ersten Anfall war:

	Ascendenten	Descendenten
α	35	20
β	38	21
B	43	28
Total	39	23

Bis auf einen Fall war der Descendent beim Ausbruch der Krankheit erheblich jünger, als der Ascendent. Auch Sioli, Hagen und Tigges haben an ihrem Material gefunden, dass erblich Veranlagte früher erkranken, als nicht Disponirte; bis zum 25. Jahre brach die Psychose bei erblich Disponirten aus in Hagen's Material in 31%, in dem von Tigges bei 42%, Eibe fand 71%. Von den Descendenten waren vor dem Ausbruch der Psychose des Ascendenten geboren 71%, nach dem Ausbruch 29%, wie Sioli auch ein ähnliches Verhältniss fand. In $^1/_6$ der Fälle zeigte die Psychose der Descendenten dieselbe Form, wie die der Ascendenten. Die Beziehungen der Altersverhältnisse zu der Krankheitsform der Ascendenten erhellen aus der folgenden Tabelle:

Krankheitsform der Ascendenten.	Alter beim Ausbruch.	Heilung der Descendenten.	Pubertätspsychosen.
Periodische Manie	19 Jahr	11%	89%
Melancholie	21 Jahr	59%	76%
Manie	23 Jahr	67%	67%.

Bei den Descendenten fanden sich häufig gemischte, atypische Krankheitsformen. Im einzelnen gruppirten sich die Krankheitsformen, wie folgt:

Diagnose.	Ascendenten.	Descendenten.
Pubertätspsychosen mit schnellem Uebergang in Demenz	—	8
Adolescenzpsychosen, schnell in Demenz übergehend	1	3
Verrücktheit	4	2
Hysterie	—	1
Hypochondr. Depression	1	2
Periodische Formen	9	7
Manie	8	7
Melancholie	17	15
Circuläre Formen (Manie-Melanch.)	—	3
Stupor	—	1
Delirium acutum	3	—
Acute Verwirrtheit	8	12
Alcoholismus	3	1
Progr. Paralyse	1	—

Einen Anfall hatten von den Ascendenten 65%, von den Descententen 66%, mehr als 2 Anfälle von den Ascendenten 25%, von den Descendenten 15%.

Die am stärksten Disponirten heilten am schnellsten nach dem 1. Anfall, bekamen aber häufiger weitere Anfälle. Da E. die meisten

Ascendenten während ihrer ganzen Lebensdauer controlliren konnte, während die Descendenten noch alle jung sind, lässt sich aus der geringeren Zahl der Anfälle bei letzteren kein Schluss ziehen. Der erste Anfall heilte bei den Descendenten in einer um so grösseren Zahl, je früher er auftrat, so waren im Altr von 10 20 Jahren Heilungen bei 72%, im Alter von 26—50 Jahren in 33% zu constatiren. In den Fällen, wo die Ascendenten geheilt wurden, ist die Heilbarkeit bei den Descendenten 63,6%, bei nicht geheilten Ascendenten 44,2%. Waren die Descendenten vor der Erkrankung des Ascendenten geboren, so betrug die Heilbarkeit 59%, im anderen Falle 31%.

Von den untersuchten Ascendenten hatten 54 Kinder gezeugt, und zwar zusammen 294 Kinder. Von diesen 294 sind 52 im Säuglingsalter gestorben, 91 sind oder waren geisteskrank, einer Epileptiker.

Auf die drei Gruppen E.'s vertheilt, stellt sich das Verhältniss in folgender Tabelle dar.

	Zahl der Ascendenten.	Zahl der Kinder.	Als Säuglinge gestorben.	Geisteskrank.
α	22	118	29	44,9%
β	13	74	14	40.0%
B	19	102	9	19,0%
Total	54	294	52	57,6%.

Ein Kind war geisteskrank in 68% der Familien, 2 in 18,5%, mehr als 2 in 15%. Kinderlos waren 37,1% der untersuchten Descendenten. Von den Descendenten, die Kinder hatten und in der Pubertät psychisch krank gewesen waren, hatten die Mehrzahl 1—2 Kinder; alle Descendenten ohne Pubertätspsychosen hatte 4 Kinder, oder mehr. Kurella (Ahrweiler).

---

160) **Schröter** (Eichberg): Psychiatr. Gutachten über einen taubstummen und erblindeten Brandstifter. —

(Separatabdruck aus der Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin, etc.) —

Ein 49 jähriger Taubstummer, im Taubstummeninstitut mit gutem Erfolge unterrichtet, und später geschickter Schreiner, erblindet mit 30 Jahren, seitdem erwerbsunfähig, gilt für geistesschwach. Bei dem Brande des Hauses, in dem er mit seinem Schwager wohnte, bleibt er ganz unbefangen; vor Gericht als Zeuge vernommen, ohne die Situation zu kennen, giebt er (durch Schreiben) an, er selbst habe das Haus angesteckt; es wäre sein Eigenthum gewesen und er hätte schon seit 20 Jahren keine Miethe mehr bekommen. Auf die Frage ob er nicht wüsste, dass Brandstiftung strafbar sei, antwortet er, er werde es nicht wieder thun; ob der Amtmann bös wäre und er Schläge bekäme. — Ein Taubstummenlehrer bejahte die Frage, ob der Inculpat die zur Erkenntniss der Strafbarkeit seiner Handlung erforderliche Einsicht besessen hätte. S. wurde als Expert zur Schwurgerichtssitzung hinzugezogen, constatirte gesunde somatische Verhältnisse; während der Sitzung schrieb der Inculpat seine Ant-

worten häufig mit zitternder Hand nieder, sass stundenlang ruhig da gab anfangs seine frühere Darstellung des Vorgangs wieder, leugnete aber plötzlich seine Thäterschaft absolut, als er erfuhr er stände vor Gericht. Als ihm klar gemacht wurde, dass er strafbar sei, schrieb er: Wieviel Mark. Ueber die Motive der That war nichts heraus zu bekommen. Das Haus, sein Eigenthum, wäre verfallen gewesen, sein Bett schlecht.

S. leugnete die Einsicht in die Strafbarkeit seiner Handlungen bei dem Inculpaten und begründete das Gutachten wesentlich durch die psychologische Deduction, dass der Angeklagte in Folge der auf den Gefühlsinn reducirten Sinneswahrnehmung keine geübte Empfindungs- und Vorstellungsthätigkeiten besessen hätte, aus Mangel an Wahrnehmungen und geistigen Anregungen schwachsinnig wäre; es fehlte ihm die geistige Umschau, die sich nur auf gesunde Sinne stützen kann, um in normaler Weise die angelernten Begriffe von Gut und Böse in sich ausreifen zu lassen.

Kurella (Ahrweiler).

---

161) **Koch** (Zwiefalten): Der Einfluss der socialen Missstände auf die Zunahme der Geisteskrankheiten. (Minden 1888. 64. S. 1,50 Mark.)

Ob die Zahl der Geisteskranken in der That zunimmt, diese Frage erklärt K. für zur Zeit nicht beantwortbar, da genügende statistische Grundlagen fehlten; noch weniger liesse sich entscheiden, ob die Zahl der Erkrankungen zunähme. Nur für einzelne Krankheitsformen, welche den Befallenen immer in die Anstalt führen, liesse sich die Frage beantworten. Ob jedoch die Zahl der Belasteten — K. giebt eine sehr klare und treffende populäre Schilderung der psychischen Degeneration — zunähme, das entzöge sich jeder Entscheidung. Aber an dem Zunehmen einzelner, leicht ziffermässig controllirbarer Arten von Geisteskrankheiten wären sociale Missstände sicherlich schuld, so dass dies Thema sich wenigstens theilweis ausführen liesse. K. erörtert in psychologischen Deductionen den Einfluss des gesteigerten Daseinskampfes, der grösseren Genusssucht, des Pauperismus, die nach seiner Meinung unsere Zeit kennzeichnen, nennt die Erholungs- und Genussmittel unserer Zeit besonders deletär und beklagt besonders den Einfluss ungesunder socialer und religiöser Doctrinen auf die moderne Sittlichkeit. Diese Missstände wirkten aber besonders auf die grosse Zahl der Belasteten, die unter einfacheren Verhältnissen der Psychose entgehen würden. Die Verhütung von Geisteskrankheiten hätte einmal in genügender Sorge für die Heilung aller einmal erkrankten zu bestehen, um die Zahl der Belastungen möglichst zu vermindern, ferner aber in der Bekämpfung der causal wirkenden socialen Missstände. Dazu gehöre eine der Ueberbürdung entgegenarbeitende Reform des Schulwesens, Schutz der Frauen- und Kinderarbeit, Fortführung der socialen Reform im deutschen Reiche, Controlle der Volksbelustigungen, eventuell Spiritusmonopol; das Beste

müsse aber der Geist des positiven Christenthums thun. Ohne Christenthum gäbe es keine wahre Sittlichkeit; „ja wir behaupten auch, dass das Christenthum auch zur Heilung mancher Geisteskrankheiten beizutragen vermag".

Die Broschüre ist eine Publikation der „Socialen Zeitfragen", einer für den modernen deutschen Staatssocialismus Propaganda treibenden Sammlung populärer Aufsätze. Kurella (Ahrweiler).

IV. Aus den Vereinen.

I. Verein der Aerzte in Steiermark.

Sitzung vom 14. November 1887. (Oester. ärztl. Vereinszeitung. 1. J. 1888.)

162) **von Krafft-Ebing** stellt eine zu *hypnotischen Versuchen* ausserordentlich geeignete Dame, Fräulein J. S., vor und bittet die Anwesenden, die nun vorzuführenden Versuche mit aller Controle, deren wir fähig sind, zu verfolgen und zu prüfen. Die vorgestellte Patientin ist mittleren Alters, ziemlich wohlgenährt und, wie so häufig hysterische Personen, hemianästhetisch; ihre Krankengeschichte wird erst später folgen. Sie ist ausserordentlich leicht zu hypnotisiren; ein leichter Druck auf die Bulbi, Beschauen des vorgehaltenen Fingers, Fixiren eines Gegenstandes oder einer Person, Streichen auf der Stirne genügt, sie in wenigen Secunden in Hypnose zu versetzen.

Nachdem ihre Sensibilität bei verhaltenen Augen geprüft und die Hemianästhesie constatirt worden ist, ersucht sie Prof. Krafft, ihn ein wenig scharf anzusehen, ein paar Secunden darauf ist sie hypnotisch, bei halb gesenkten Augenlidern gleicht ihr Gesichtsausdruck dem einer Maske, eine classischstarre Miene ohne jede Reaction, die Augen stier, starr, amaurotisch. Sie reagirt nun nur mehr auf die Anreden des Experimentators und folgt nur seinen Befehlen und Eingebungen; alle anderen Anwesenden sind für sie Luft. Aus dem Auditorium an sie gestellte Fragen beantwortet sie nicht, an sie ergehende Aufforderungen befolgt sie nicht; hingegen thut sie alles, was der Experimentator von ihr verlangt.

Prof. Krafft streift ihr den Aermel des Spitalhemdes empor und streicht ihren Arm in centrifugaler Richtung; eine totale Starrheit, ein kataleptischer Zustand ist die Folge; durch Streichen in centripetaler Richtung ist dieser Zustand sofort wieder beseitigt. — Reize, welche in lucidem Stadium nicht die geringste Reaction ergaben, lösen nun die auffallendsten Reflex-Contractionen aus: so verursacht Streichen des Zygomaticus mit dem Stiel des Percussionshammers eine deutliche Contraction dieses Muskels, ebenso am Levator labii u. dgl.; ein in einiger Entfernung von der betreffenden Körperstelle gehaltener Hufeisen-Magnet macht die Gesichtsmuskeln deutlich zucken, erregt, vor den Lippen gehalten, einen suffisanten Gesichtsausdruck u. s. w.; an der

hervorgestreckten Zunge bewirkt er sichtlich starke Contractionen der Zungenmuskeln und bewegt die Zungenspitze nach jener Seite, wo er gehalten wird.

In plastische Attitude gebracht, verharrt Patientin in denselben und nimmt den entsprechenden Gesichtsausdruck an. In die Attitude des Zornes gebracht, wird auch die Miene zornig, kehrt aber sofort zur classischen Maskenruhe zurück, sowie die Stellung gelöst wird. In die Position einer Betenden mit erhobenen, gefalteten Händen gebracht, heben sich auch die Augenlider und die Bulbi sind auch nach oben gedreht; bei Lösung der Stellung wird die Miene wieder traumhaft dement. Die Geberde der Abwehr erzeugt die Miene des Schreckens; die vor die Nase gehaltenen gespreizten Finger jene der Geringschätzung, die Bewegungen der Arme, als würfe die Patientin Kusshändchen, gaben ihrem Antlitze einen freundlichen Ausdruck.

Auf die Anrede des Experimentators; „Fräulein S., Ihr linker Arm ist ja ganz lahm, versuchen Sie doch einmal ihren linken Arm zu heben", bemüht sich dieselbe vergebens, dem Befehle Folge zu leisten; der kurz vorher noch in kataleptischer Contractur gewesene Arm fällt passiv erhoben schlaff herunter und es ist eine vollständige „schlaffe Lähmung" vorhanden, der Muskel-Tonus gleich Null, der früher hyperästhetisch gewesene Arm auch vollständig gefühllos. Während früher, im Zustande der kataleptischen Contractur, Nadelstiche empfunden wurden und um so heftigeres Stirnrunzeln zur Folge hatten, je proximaler sie erfolgten, kann man jetzt beliebig am Arme herumstechen, keine Reactions- oder Schmerzäusserung gibt sich in der mimischen Gesichtsmuskulatur zu erkennen, ja selbst die stärksten elektrischen Pinselströme, die kein Simulant aushalten würde, werden spurlos ertragen. Hingegen erweist sich jetzt die Gegen-Extremität, welche früher anästhetisch war, als hyperästhetisch; es ist ein vollkommener Transfert eingetreten, ein Transfert, der sich auf die beiden oberen Extremitäten beschränkt und nur für den Experimentator existirt; im Gesichte ist die Hemianästhesie nach wie vor die gleiche geblieben. Es handelt sich nur darum, die Lähmung wieder auszugleichen; die Anwendung des faradoelektrischen Stromes ist hier ganz erfolglos; es hiesse Zeit und Geld verschwenden, eine hysterische Lähmung mittelst Faradisation zum Schwinden bringen zu wollen; hingegen führt die *Suggestion* wie gleich gezeigt wird, sofort zum Ziele. Auf die Anrede des Experimentators, er habe durch das Andrücken eines Siegelstöckels den Arm wieder beweglich gemacht und die Lähmung sei geschwunden, („Fräulein S.! ich kann ihnen sagen, dass die Cur vollkommen gelungen ist!") bewegt die Patientin ihren Arm wieder, drückt ihm über Aufforderung kräftig die Hand, und auch der Transfert, dieses grösste Räthsel des psychisch-hysterischen Experimentes, ist wieder geschwunden, die linke Extremität ist wieder hyper-, die rechte anästhetisch.

Nun führt Prof. Krafft eine Reihe von Suggestions-Experimenten vor, welche Transmutationen der Persönlichkeit der Kranken zur Folge haben. Auf die Anrede: „Guten Tag, kleines Ilmchen was

bist du doch ein putziges Mädchen, schon $2^1/_2$ Jahre alt, wir wollen ein bischen spielen, komm!“ benimmt sich die Patientin, als wäre sie noch ein ganz kleines Mädchen, setzt sich auf den Boden, hin, spielt mit der Puppe (einem Stück Brennholz), legt sie in die Wiege (auf einen Sessel), gibt ihm Zucker (in Wirklichkeit Salz), isst selbst davon und sagt, er sei süss, lässt sich hierauf in den Garten führen (im Kreise herum), zupft von einem der anwesenden Herren, von dem der Experimentator behauptet, er sei ein Ribiselstrauch, die Ribisel ab und führt die Hand zum Munde, als ob sie dieselben essen wollte, schüttelt einen andern als Pflaumenbaum, bückt sich und liest die Pflaumen auf u. s. w.

Wie mit einem Schlage ändert die Anrede: „Potztausend! wie aber das Ilmchen rasch gewachsen ist; jetzt ist sie schon 8 Jahre alt und ein Schulmädchen!“ die Situation. Patientin entgegnet auf die Frage: wie alt bist du? „8 Jahre“, setzt sich auf die Schulbank und nun entwickelt sich folgendes Frage- und Antwortespiel:

Prof.: Hast Du auch was gelernt?

Pat.: Ja.

Prof.: Sag' mir einmal, woraus hat Gott die Welt erschaffen?

Pat.: mit mädchenhafter Stimme: „Der liebe Gott hat die Welt aus nichts erschaffen.“

Prof.: Was hat der liebe Gott dann gemacht?

Pat. denkt nach und sagt dann in derselben stakkatirten Betonung wie vorhin: „Der liebe Gott heiligte den siebenten Tag“.

Prof.: Was war das für ein Tag?

Pat.: „Und das war ein Sonntag“.

Prof.: Was weisst Du aus der Naturgeschichte? was ist der Wolf für ein Thier?

Pat.: „Der Wolf gehört zu die Raubthiere“.

Prof.: Und der Elefant?

Pat. schweigt.

Prof.: Kannst Du mir die Hauptstädte von Ungarn nennen?

Pat. schweigt.

Prof.: Kannst Du mir die Hauptflüsse von Ungarn nennen?

Pat.: „Die Donau, die Theiss . . . .“ weiters bringt die Patientin trotz augenscheinlichen Nachdenkens nichts hervor.

Prof.: Kannst Du auch schreiben? Schreib einmal Deinen Namen auf!

Pat. nimmt Papier und Feder und schreibt mit kindlichen Zügen und kindlichen Fehlern (g statt k, sch statt ts im Auslaute) ihren Namen auf.

Weiters verlangt Prof. Krafft von ihr, sie möge mit ihm über die Stiege heraufkommen, aber Acht geben, es seien zehn Stufen. Er führt sie dabei an der Hand im Kreise herum. Patientin hebt vorsichtig die Beine, als würde sie eine Stiege emporsteigen, genau beim 11. Schritte schlägt sie ein gewöhnliches Tempo ein, als ginge sie auf ebenem Boden.

Nun suggerirt ihr der Vortragende, sie sei gar kein Mädchen, sondern ein Mann, sei zu den Soldaten gekommen und müsse execiren. Patientin richtet und streckt sich wie ein Soldat, bedient sich eines dargereichten Regenschirmes als Gewehr, markirt Wache stehen, präsentirt auf den Ruf: „Ein Officier", schlägt an und schiesst auf den Ruf: „Der Feind, der Feind! trinkt ein Glas Wasser in langen Zügen bis auf den Grund als Ungarwein aus, raucht ein Zahnbürstel als Cigarre, fängt auf die Anrede: „Du bist ja ganz betrunken" zu schwanken an und wackelt fürchterlich, kaum zum Erhalten, thut dann, als ob sie kozen würde, trinkt ein Glas Rothwein als Wasser, und steht auf die Versicherung, jetzt sei Alles wieder gut, allein und gerade da wie zuvor.

Auf die weitere Suggestion, sei sie verheirathet, und habe schon ein kleines Kind, nimmt sie einen Polster als Kind in die Arme, wiegt es in den Schlaf, singt ein ungarisch Lied dazu, gibt dem Kleinen über Aufforderung Brei zu essen und wischt nach jedem Löfel voll am Polster so herum, als würde sie zur Seite geflossenen Brei zum Mäulchen des Kleinen hineinwischen.

Als Beweis, wie eine Hypnotisirte zu einem Verbrechen missbraucht werden könne, dictirt ihr später Prof. Krafft einen Brief in die Feder, der eine Verleumdung enthält, und eine Quittung über tausend Gulden. Patientin schreibt alles flink und fehlerlos, mit regelmässigen weiblichen Schriftzügen, wartet nach jedem niedergeschriebenen Dictate das letzte Wort wiederholend auf das Weitere, die reine Schreibmaschiene, und weiss doch von allem nichts. Ihren Namen unterschreibt sie jetzt richtig, fliessend und deutlich.

Die Patientin bietet noch andere Geschichten dar, die ans Wunderbare grenzen. So berichtet Dr. Szabo im Budapesti-Hirlap vom 6. März 1887 Patientin bekomme, wenn man ihr suggerire, man setze ihr ein Vesicans, und legte gleichwohl gewöhnliches Heftpflaster auf, darunter eine Blase, andererseits aber war nach einem wirklichen Vesicans keine Reaction wahrnehmbar. Auch wird angegeben, ein Keloid, welches die Patientin über dem Pektoralis major rechts besitzt, rühre von einer aufgelegten Scheere her, die der Patientin mit dem Bedeuten, die Scheere sei glühendes Eisen, applicirt worden war. Unter einem Stücke gewöhnlichen Heftpflasters, welches der Patientin des Morgens auf dem Rücken aufgepickt worden war, zeigt sich keine pathologische Veränderung. — Auch die Experimente von Prof. Luys in Paris über die Fernwirkung der Medicamente, wonach ein umgehängtes luftdicht verschlossenes Fläschchen mit Policarpin heftige Schweisssecretion bei derartigen Patienten anrege mit Apomomorphin-Nausea, mit Thymian die Erscheinungen des Morbus Basedowii, Exophthalmus u. dgl., mit Alcohol einen Rausch, mit Atropin Pupillenerweiterung hervorrufe, gelangen bei dieser Patientin nicht, mit einziger Ausnahme des Thymian. Ein mit 5 Gramm Thymian gefülltes, luftdicht verschlossenes, der Patientin um den Hals gehängtes Fläschchen hatte Steigerung des Pulses von 90 auf 120, Röthung und

Turgescenz des Gesichtes, Prominenz des linken Bulbus und Vergrösserung des Halsumfanges von 30 auf 34 Centimeter zur Folge.

Sodann gibt der Vortragende noch das Beispiel einer post-hypnotischen Suggestion. Er redet der Patientin ein, sie solle beim Verlassen dieses Zimmers einen an der Thüre lehnenden Regenschirm aufspannen und jenem Herrn geben, der am Kasten bei der Marienstatue steht. Hierauf erweckt er die Patientin durch die Anrede: „Fäulein S.: werden sie doch wieder wach“!

Sie schlägt die Augen auf, hüstelt ein wenig und ihre bisher maskenartig starren Züge gewinnen zugleich wieder Leben und Bewegung. „Ich bin müde“.

Prof. Krafft streichelt jetzt mit dem Griffe des Percussionshammers den Zygomaticus, er contrahirt sich nicht; der Magnet erzeugt jetzt keine Muskelcontracturen, alle Erscheinungen der Hypnose sind wieder geschwunden. Ueber Aufforderung des Vortragenden, auf ihr Zimmer zu gehen, verlässt die Patientin das Versammlungslokal; an der Thüre hält sie plötzlich inne, nimmt den geschlossenen Regenschirm, haftelt ihn auf, spannt ihn, windet sich mitten durch die Anwesenden mit geöffnetem über dem Haupte gehaltenem Schirme durch und überreicht den Schirm dem am bezeichneten Kasten lehnenden Dr. H.

Sitzung am 12. December 1887.

Nachdem dieselbe Patientin, wie in der Versammlung vom 14. v. Monats, vorgerufen war, wurden an ihr neuerdings Sensibilität, Reflexe u. dgl. in lucidem Stadium geprüft. Es erwies sich wieder die linke Seite hyper-, die rechte anästhetisch. Fascienreflexe sind minimal oder doch sehr mässig, das Anhalten eines Hufeisenmagnet erregt nirgends Muskelcontractionen, Körpertemperatur in der Axilla gemessen 37° C.

Nach kurzem Reiben der Stirne der Patientin zeigt deren Gesicht den charakteristischen maskenartigen Ausdruck der eingetretenen Hypnose; Patientin ist jetzt nur mehr auf zweierlei Reize empfänglich: einerseits akustisch, andererseits sensibel auf der hyperästhetischen Körperseite, beides aber nur für die Persönlichkeit des Experimentators.

Prof. Krafft suggerirt ihr nun zunächst sie werde heute Abends nach 8 Uhr blos 35.5° C. Temperatur messen.*)

Sodann redet ihr der Vortragende ein, sie sei im Bade, das Wasser aber sei zu kalt, sie werde sich erkälten (Patientin fängt zu zittern an), sie werde einen Schnupfen bekommen von dem allzukalten Bade (Patientin niesst einigemale heftig und natürlich, ein gewiss unwillkührlicher Reflex), man habe aber nun heisses Wasser gebracht

*) Die unmittelbar nach aufgehobener Sitzung gemessene Temperatur war (um 8 Uhr) 37,1°, um 1/39 Uhr 36°, am folgenden Morgen 35,9°, Mittags 35,7° und erhielt sich dieselbe bis zum nächsten hystero-epileptischen Anfalle auf subnormaler Höhe.

und nunmehr sei es recht behaglich im Bade (Pat. reibt sich wohlgefällig mit den Händen an den Schenkeln), da sei plötzlich das warme Wasser wieder abgeflossen (Pat. zittert heftig und zeigt Gänsehaut am Arme).

Nun legt ihr der Vortragende eine Anzahl weisser Blätter vor, wie sie zu Recept-Notirungen verwendet werden, und suggerirt ihr auf einer derselben seine Photographie. Das betreffende Blatt nimmt der Vortragende unter dem Vorwande, eine Dedication darauf zu schreiben, wieder an sich, markirt es auf der Rückseite, mischt es wieder unter die anderen Blätter und fordert die Pat. abermals auf, die (suggerirte) Photographie sich heraus zu nehmen. Patientin sieht sich die Blätter aufmerksam an, geräth in heftige Erregung und schwitzt; schliesslich nimmt sie ein Blatt heraus, aber nicht das richtige. Prof. Krafft muss durch Reiben an der Stirne ihre Hypnose vertiefen, um einem hysteroepileptischen Anfall vorzubeugen.

Nun suggerirt ihr der Vortragende Gefühllosigkeit im linken Arme, und sofort ist der früher hyperästhetische linke Arm vollkommen anästhetisch geworden selbst der stärkste farado-elektrische Pinselstrom, den kein Simulant aushalten würde, wird ohne jede Reaction ertragen, hingegen ist der andere, vorhin anästhetische Arm hyperästhetisch geworden, was durch Proben erhärtet wird. Dieser Transfert existirt nur für den Experimentator, für andere Herren (aus dem Auditorium), welche mit der Nadel sich davon überzeugten, existirte er nicht.

Ein auf der hyperästhetischen (nun rechten) Körperseite vom Experimentator in einiger Entfernung von der Plica cubiti angehaltener Hufeisen-Magnet erzeugt sofort heftige Muskelcontracturen, ebenso ein Magneteisenstab (rascher und kräftiger bei angehaltenem Südpole), endlich auch ein *hölzerner* Kinder-Spielwaaren-Magnet. Hieraus geht hervor, dass nicht die physikalischen Kräfte des wirklichen Magneten, sondern nur die Hände des Experimentators das Erregende sind. Einige centripetal ausgeführte Handstriche des Experimentators beseitigen die heftigste Contractur sofort wieder, indess andere Anwesende vergebens sich bemühen, durch Streichen die Contractur zum Schwinden zu bringen. Das Streichen ist wirkungslos so wie der Experimentator einen fremden Handschuh anzieht, es wirkt so wie er ihn wieder abgezogen hat. Auf den hyperästhetischen Arm aufgeschriebene Zahlen oder einfache Worte werden gelesen; vom anästhetischen Arme bemüht die Patientin sich vergebens, gleichfalls abzulesen.

Auf die weitere Suggestion, dass ihr selber linker Arm nun auch gelähmt sei, tritt zur Anaesthesie sofort auch motorische Lähmung; auf die Mittheilung, dass Alles wieder heil sei, sind Lähmung, Gefühllosigkeit und Transfert wieder geschwunden. Patientin hebt den Arm wieder auf Geheiss, wäscht sich die Hände und trocknet sich dieselbe mit einem Handtuch ab, welches über einem Magnete gelegen war. Während des Abtrocknens werden ihre Hände steif und hält sie das Handtuch in den contrahirten Fäusten, bis ihr Prof. Krafft durch centripetales Streichen der Arme die Contractur wieder löst.

Auf die Suggestion hin, sie sei taub, geberdet sich die Patientin vollständig rindentaub, die stärksten Schläge auf einem Tam-Tam berühren sie schlechterdings nicht; sie zuckt keine Fieber. Würde der Experimentator sie jetzt anblasen und dadurch aus der Hypnose erwecken, so würde sie zusammenschrecken und vollständig taub *bleiben*, zumal der Experimentator vergessen hatte, ihr vorher einzureden, sie werde binnen der und der Zeit wieder hörend sein. Charcot hat angegeben, dass, wenn man den Patienten unter solchen Umständen einen starken Magneten auf der ästhetischen Seite eine Zeit lang an's Ohr hält, diese wieder hörend werden. Prof. Krafft thut dies, so lange er den mehrere Kilo schweren grossen Hufeisenmagneten emporgehoben zu halten im Stande ist; nach einigen Minuten muss er, weil ihn die Kräfte verlassen, davon abstehen und hat nichts erzielt, als eine Contractur der Sternocleidomastoideus derselben Seite. Doch, wenn auch die Brücke der auditiven Suggestion zwischen ihm und der Patientin vollständig abgebrochen ist, der Hautgefühls-Suggestion bleibt die Patientin doch noch unterworfen. Er schreibt auf ihren hyperästhetischen Arm langsam und deutlich „Höre!“ und siehe da, die Taubheit ist verschwunden. Die Patientin beantwortet die Anrede: „Das ist schön, dass sie jetzt wieder hören“ mit „Ja“.

Zum Schlusse noch eine post-hypnotische Suggestion: Prof. Krafft sagt der noch hypnotisirten Patientin, die fremden Herren seien alle schon weggegangen, nur er, die beiden Herren Assistenten und die barmherzige Schwester sei noch da; hierauf erweckt er sie aus der Hypnose.

Die Patientin schlächt die Augen auf, hüstelt ein wenig, weiss sich an nichts zu erinnern, was mit ihr geschehen ist, zählt über Aufforderung die anwesenden Personen, sich selbst als fünfte und entfernt sich sodann auf ihr Zimmer, ohne auch nur die geringste Notiz von den übrigen Anwesenden zu nehmen, welche ihr übrigens den Weg zur Thür frei lassen, sonst aber ungenirt untereinander sprechen, ihr auch „Gute Nacht!“ zurufen.

Sitzung vom 19. Dezember 1887.

Nach Eröffnung der Versammlung durch den Präsidenten-Stellvertreter Professor Rollet und Mittheilung der Einläufe erhält Professor Freiherr von Krafft-Ebing das Wort zur Besprechung jener *hypnotischen Experimente*, welche derselbe in zwei vorangegangenen Versammlungen (vom 14. November und 12. Dezember l. J.) an einer besonders zur Hypnose disponirten Patientin vorgenommen hatte.

Zunächt gibt der Vortragende die Krankengeschichte der nnn circa 29jährigen Dame. Geboren in einer kleinen Stadt Ungarns als Tochter eines Kaufmannes, entstammt sie als jüngste von 9 Geschwistern einer Familie, in welcher Suicidium vielfach vorkam: ihr Grossvater und eine Schwester endeten durch Selbstmord, auch ihr Vater suchte und fand den Tod auf den Schienen, angeblich aus Kummer über gewisse Streiche seiner Tochter, unserer Patientin; eine ihrer Schwestern

leidet an hysterischen Anfällen. Frühzeitig in ein benachbartes Kloster zur Erziehung gebracht, brachte sie nur die Ferienmonate im Hause ihrer Eltern zu. Als sie ungefähr 14 Jahre alt war, wurde sie unfreiwilliger Zeuge eines erschütternden Vorfalles: sie sah vom Fenster ihres Zimmers aus ein mit Wallfahrern dicht besetztes Ueberfuhr-Floss mitten im Flusse zerschellen und untergehen. Unter dem Eindrucke dieses heftigen Schreckens soll sie damals Stunden lang wie eine Bildsäule dagestanden sein. Seit dieser Zeit datiren bei ihr kataleptische Anfälle, welche sich öfters wiederhohlten und zu deren Heilung vom Arzte des Klosters der Hypnotismus herangezogen wurde. Von da ab wurde sie öfter, auch von den Klosterschwestern, hypnotisirt. Später willigte sie auf Zureden ihres Vaters aber unter harten Seelenkrämpfen ein, denn es war eine Liebschaft zu einem Vetter im Spiele, ins Kloster einzutreten. Seit dieser Zeit hat die Patientin nie mehr irgend ein Gefühl von Hinneigung oder Liebe zu einem Manne empfunden; sie soll auch *nie* menstruirt haben. Nach dreijährigem Noviziate wurde sie eingekleidet. Ein Jahr später floh sie in Folge eines dunklen Erreignissesaus dem Kloster und kehrte ins Elternhaus zurück, hielt es daselbst auf die Dauer nicht aus, sondern entfernte sich unter Mitnahme von 600 Gulden aus der Kasse ihres Vaters, den sie in einem zurückgelassenen Briefe bat, sich aus ihrem mütterlichen Erbtheile schadlos zu halten, aus der Heimath. In Männerkleidern und mit selbstverfertigten Documenten hielt sie sich sodann 2 Jahre als Erzieher zweier Mädchen auf einem Landgute, kam dann nach Budapest und wurde bald darauf Eisenbahnbeamter mit 40 Gulden Monatsgehalt. Später legte sie die Männerkleider wieder ab, verdingte sich als Näherin und stahl eines Tages ihrer Arbeitgeberin alles Silberzeug, verkaufte es und brachte den Erlös selbst zur Stadthauptmannschaft. Vom Vater ausgeforscht, wurde sie nach Hause gebracht, ging aber dann wieder nach Budapest, wo sie in Folge mehrerer Diebstähle eingezogen worden ist. Sie erklärte vor Gericht, von ihren Diebstählen nichts zu wissen, es wurde ihr aber als einer durchtriebenen Schwindlerin der Prozess gemacht. Bei der Schlussverhandlung erklärte sie der Gerichtsarzt Prof. Rithai für kataleptico-hysterisch, zeigte, dass sie schon durch das blosse Vorhalten eines Bleistiftes hypnotisch werde, hypnotisirte sie vor dem Gerichtshofe und produzirte hypnotische Experimente mit ihr. Sie wurde freigesprochen und angenommen, dass sie Alles in unzurechnungsfähigem Zustande der Auto-Suggestion gethan. Nun kam die Patientin auf die Nervenklinik in Budapest, wo vielfach mit ihr experimentirt und sie fast täglich hypnotisirt wurde. Angeblich auf Zureden einer Wärterin und weil sie das viele Hypnotisiren verdross, entfloh sie von dort, nachdem sie ihren Mitkranken 12 Gulden gestohlen, am 4. October l. J., den 20. wurde sie hier auf die Beobachtungsabtheilung eingeliefert.

Im Anschluss an die Mittheilung der Krankengeschichte referirt Prof. Krafft über jene Versuche, welche in Budapest mit der Kranken gemacht worden sind, und welche ihm Professor Jendrasik

freundlichst in ausführlicher Weise mitgetheilt hat. Die Suggestion, einen der anwesenden Herren zu erdolchen, wurde auch auf der hiesigen Klinik mit der Patientin ausgeführt: nicht ohne heftigen Seelenkampf nähert sie sich dem Bezeichneten von rückwärts und sticht mit einem ihr in die Hand gegebenen Papierdolche heftig auf ihn ein. Ebenso gelang es auch hier, ihr einzelne Personen, sowie die ganze Gesellschaft post-hypnotisch abzusuggeriren. Wenn sie dann auf der ästhetischen Seite berührt wurde, wischte sie dort, wie wenn einem ein Strauch streift, wusste aber nicht, woher das kam, konnte nun wohl die Gegenstände, nicht aber die Träger derselben sehen, und war sehr erstaunt, dass nun ein Hut, ein Stock und dgl. durch die Luft spazieren gehe. Einmal wurde ihr gesagt, die barmherzige Schwester (Wärterin) würde erst um 10 Uhr kommen; in der That war von da ab die Schwester, welche sie sonst sehr gern hat, Luft für sie, sie zählte sie nicht, hörte nicht auf sie und regardirte sie in keiner Weise; präcis um 10 Uhr begrüsste sie die Schwester als wieder da. Auch die Wundmale von den als glühend suggerirten ausgedrückten Gegenständen zeigt Patientin noch vollkommen und ebenso das J am rechten Arme, welches ihr Professor Jendrasik am vorletzten Tage vor ihrer Flucht aus Budapest ansuggerirt hatte.

In dem Momente ereignet sich ein höchst dramatischer Zwischenfall in der Versammlung. Es öffnet sich die Thüre des Versammlungslocales und herein tritt die Patientin. Sie schreitet zwischen den dicht dasitzenden Herren durch, direct zum Fenster, haspelt das Rouleau empor und will das Fenster öffnen; da es nicht geht, begibt sie sich zum anderen Fenster, thut dort dasselbe, singt hierauf mit heller Stimme einige Strophen eines ungarischen Volksliedes, setzt sich über Aufforderung Prof. Krafft's auf einen Stuhl nieder und lässt ihre Brandnarben betrachten. Dabei wird sie ängstlich, weil dies nicht das „Altarszimmer" (jenes Locale auf der Nervenklinik, wo die früheren Vorstellungen statt hatten) sei, frägt nach der barmherzigen Schwester und weiss sich nicht zu erinnern, dass sie je das Spitalgebäude verlassen habe und einige hell erleuchtete Strassen entlang gegangen sei, um hierher zu kommen.

Wie sich nun herausstellt (die Patientin wurde inzwischen wieder ins Spital zurückgeführt), hatte Prof. Krafft vormittags der Patientin suggerirt, sie solle abends Punkt 7 Uhr in die Versammlung des Vereines der Aerzte, Sackstrasse 14 kommen, dort ein Fenster öffnen, ein ungarisches Lied singen und sodann jenes Wundmal zeigen, welches sie erst heute bekommen. Als es gegen 7 Uhr ging, wurde die Patientin unruhig, fragte, wo Sackstrasse 14 sei und ging mit dem Assistenten Dr. Hellwig dahin. Mit dem neuen Wundmale aber hat es folgende Bewandtniss: Am Vortage hatte ihr Prof. Krafft in der Hypnose mit dem Stiele des Percussionshammers am linken Oberarme ein senkrecht stehendes Kreuz aufgezeichnet und ihr supponirt, am folgenden Tage solle sich an dieser Stelle ein blutrothes Kreuz befinden. Nachmittags und selbst Abends war noch nichts zu sehen, und da Prof. Krafft mit Suggestionen in das vasomotorische

Gebiet bisher bei der Patientin nicht reussirt hatte, hielt er es selbst für absurd, noch weiter nachzusehen. Heute früh machte Patientin darauf aufmerksam, dass sie beim Waschen einen rothen Streifen auf ihrem *rechten* Vorderarm bemerkt habe. In der That ist daselbst ein rother wie mit Brandbläschen besetzter Längsstrich zu sehen, der im oberen Drittel von einem kürzeren unvollkommenen Querstriche gekreuzt wird. Die Reaction ist also durch Transfert auf der anderen Seite eingetreten.

Prof. Krafft zählt nun jene Experimente auf, welche mit der Patientin in den beiden Versammlungen des Vereines der Aerzte vorgeführt worden sind und fügt noch einige andere Beobachtungen hinzu, die er zu machen Gelegenheit hatte.

So gelang es ihm z. B. der Patientin eine heftige Intercostal-Neuralgie am 17. in der Hypnose wegzusuggeriren. Ein anderes Mal suggerirte er ihr, sie soll das Muttergottesbild, welches an der Wand ihres Krankenzimmers hängt, nachdem sie aus der Hypnose erwacht ist, ins Altarzimmer tragen. Patientin, enthypnotisirt, thut es, wird später darüber zur Rede gestellt und erklärt in der unbefangensten Weise, vom Bilde nichts zu wissen; später wieder hypnotisirt und nach dem Bilde gefragt, antwortet sie: „nun, sie haben mir doch aufgetragen, dass ich das Bild in das Altarzimmer tragen soll!“ Es ist bei ihr ein völlig doppeltes Bewusstsein vorhanden, eines für das lucide Leben und eines für die Hypnose.

Da Patientin der barmherzigen Schwester, in welche sie verliebt ist, oft recht lästig wurde, sie mit Liebesanträgen verfolgte, abküsste u. s. w., suggerirte ihr Prof. Krafft, sie solle die Schwester in Ruhe lassen und jendenfalls nicht mehr küssen. Bald darauf schrieb Patientin an die Schwester: „Mir ist so wehe, es ist mir als hätte ich etwas verloren; es ist mir so, als ob ich Sie nicht mehr ansehen sollte, darum thut mir das Herz zo wehe.“ Patientin handelte also unter unbewusstem Zwange.

Suggerirte abnormale Temperaturen sind 5 genau auf die Minute eingetroffen. Subnormale Temperaturen kommen aber auch spontan vor bei dieser Kranken Die einschlägigen Versuche sind noch nicht abgeschlossen.

Schliesslich referirt der Vortragende über eine durch eine Nothlüge der Patientin, welche sich vor dem Hypnotisirtwerden durch den Augenspiegel fürchtete, vereitelte Untersuchung ihrer Sehverhältnisse durch Dr. Birnbacher, — über eine autosuggerirte Vergiftung der Patientin mit Datura Stramonium — und über am Vortrage vor mehreren Professoren der Facultät ausgeführte Versuche mit Holz-Cylindern unbekannten Inhaltes.

Professor Rollet hatte 5 ganz gleich aussehende, gleich grosse und gleich schwere Holz-Cylinder mitgebracht, deren Wirkung auf zu erzielende Muskel-Contracturen wurde wiederkolt erprobt, sie viel sehr verschieden aus: Einmal erzielte Cylinder Nro. 3 eine sehr starke, Cylinder Nr. 4 eine leichte Contraktur, einmal keiner eine (als die betreffende Extremität durch Suggestion anästhetisch war) und das

dritte Mal jeder eine nahezu gleich starke (nach Wiederherstellung der Sensibilität in der betreffenden Extremität). Cylinder Nr. 0 und 4 enthielten beide in ihrem Holzfutteral einen Harzkuchen, der mit Bleiglätte dem Gewichte der anderen egalisirt war, Nr. 1 enthielt ein mit Bleischrotten gefülltes Glasrohr, Nr. 2 einen solchen Messingstab und Nr. 3 einen starken Magneten.

Auch taub gemacht wurde die Patientin gestern. Prof. v. Jaksch schrieb ihr auf den Arm: Höre! Hierauf reagirte die Patientin eben so wenig, wie auf das Streichen des in Muskel-Contraktur befindlichen Armes durch einen Fremden. Nun schrieb ihr Prof. Krafft auf den Vorderarm: Höre! Es fruchtete auch nichts; dasselbe noch einmal gethan, half wieder nichts. Jetzt war Prof. Krafft in grosser Verlegenheit; er untersuchte die Sensibilität, sie war vorhanden. Nun schrieb er auf den Oberarm: Höre! und sofort kehrte das Gehör wieder. Wahrscheinlich war die Stelle des Vorderarmes durch das Herumhantiren in ihrer Sensibilität schon abgebraucht und ermüdet.

Zum Schlusse sei noch hervorgehoben, dass hier wie auch in Budapest gefunden wurde, dass die Wirkung einer Suggestion dann ausbleibt, wenn inzwischen ein neuer hystero-epileptischer Anfall statthatte.

Da die Zeit nicht mehr ausreichte, um die Erklärung 'all' der vorgeführten Phänomene zu besprechen, erklärte der Vorsitzende nach über zweistündiger Dauer die Versammlung für geschlossen.

II. Pathological society of London.

Sitzung vom 15. Dezbr. 1887. (The Brit. med. journ. 24. Dezbr. 1887.)

163) *Partial perforation of skull-cap in cerebral tumour. (Partielle Perforation des Schädeldaches bei Hirntumor.)*

Der demonstrirte Schädel war an etwa 30 Stellen z. Th. ganz, z. Th. bis auf einen dünnen Rest von Tabula ext. perforirt. Die Grösse der Perforationsöffnungen schwankte von $^1/_4$ Zoll im Durchmesser an abwärts, das Stirnbein und beide Scheitelbeine waren davon betroffen. Die darunter liegende Dura war in entsprechender Ausdehnung gleichfalls perforirt.

Der Kranke hatte über ein Jahr lang bewusstlos gelegen und war durch die Schlundsonde ernährt worden.

Kurz vor dem Tode war ein Tumor über dem r. Auge äusserlich zum Durchbruch gekommen. Der Tod war als mittelbare Folge des daraufhin unternommenen Exstirpationsversuches eingetreten.

Es handelte sich um multiple, auf der Hirnoberfläche aufgeschossene, weiche und saftreiche Tumoren, über deren Structur nichts mitgetheilt wird. Nagel (Halle a. d. S.).

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig. Druck von **Philipp Werle** in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. 1. März 1888. Nro. 5.

Inhalt.

I. Original-Vereinsberichte. Berliner medicinische Gesellschaft. Von Dr. **Otto. Liebreich**: Ueber die Wirkung des Erythrophlaeins. **Karewski:** Ueber die praktische Verwendbarkeit der Erythrophlaein-Anaesthesie.

II. Referate und Kritiken. **Jelgersma**: Histologische Methoden für Gehirn und Rückenmark. **Jwanoff**: Ueber Ungleichheit der Pupillen bei gesunden Menschen. **Key-Aberg**: Endarteritis chronica deformans als Ursache des plötzlichen Todes. **Coe**: Hirncongestion nach Entfernung der Ulterusanhänge. **Neumann**: Zur Frage über die Beziehungen zwischen Tabes und Syphilis. **Jelgersma**: Over de pathogenese der epilepsie. **Hadden**: Uuterdrückung der Speichelabsonderung. **Gellé**: Ein Fall von Allochirie des Gehörs. **Hinde**: A case of right lateral or homonymous hemianopsia, with negative history. **Briggs**: Ein Fall von verbaler Amnesie durch Shock. **Dalton**: Gehirnerweichung eine cerebrale Hämorrhagie vortäuschend. Tod. Section. **Hobbs:** Die nervösen Erscheinungen in einem Falle von Blosslegung der Vorderstränge des Rückenmarkes auf ein syphilitisches Geschwür des oberen Pharynx. **Senator**: Ueber periodische Oculomotorius-Lähmung. **Hinde und Moyer**: Periodically recorring oculomotor paralysis. **Hinde:** Priodisch wiederkehrende Paralyse des n. oculomotor. — Beschreibung eines Anfall's, Localisationsversuch, Vermuthungen rücksichtlich der Pathologischen Erkrankung **Ring:** Totale Paralyse aller Muskeln des linken Auges etc. **Uuverricht**: Ueber multiple Hirnnervenlähmung. **Hers**: Halbseitige Zungenatrophie. **Tracy**: Ein Fall Reynaud'scher Krankheit. **Jürgensen**: Ueber Neurosen des Magens. **Schmiegelow:** Reflexneurosen in Folge Mittelohrerkrankungen. **Lampson**: Ein seltener, Malariafieber vortäuschender Fall von von Neurosen in Folge urethraler Reizung. **Sturges**: Chorea bei einem Kinde unter drei Jahren. Ein kleiner Beitrag zur Pathologie dieser Affection. **Barnch und Peck:** Ein interessanter Fall hysterischer Amblyopie einen Mann betreffend. **Peterson:** Morbus Basedowii (Ex ophtalmic goitre); Graves disease. **Warfvinge**: Ein Fall von Myxoedem. **Pietrzikowski**: Casuistische Beiträge zur Behandlung der Neuralgien und besonders der Trigeminusneuralgie. **Jacoby**: Die Behandlung der Neuralgien mit intensiver Kälte. **Aufrecht**: Einige Indicationen für die Anwendung von Chloralhydrat und Morphium nebst Bemerkungen zur Anwendungsweise. **Ring**: Cocain und sein Zauber, nach persönlicher Erfahrung. **Knapp**: Experimente mit Stenocarpine, dem kürzlich von Goodman und Seward entdeckten Local-Anästheticum. **Claiborne**: Gleditschine (Stenocarpine), the new local anästhetic. **Grün**: Antipyrin in Chorea. **v. Krafft-Ebing**: Ueber subcutane Methylal-Injectionen bei Delirium tremens. **Wagner**: Ueber die Elektrotherapie der Spermatorrhoe. **von Wedekind**: Eine wissenswerthe Kleinigkeit. **De Garmo**: Die meschanische Behandlung der Spinalirritation. **Bull**: Passive Bewegungen zur Behandlung von Augenmuskellähmungen. **Seitz**: Ueber die Bedeutung der Hirnfurchung. **Urbantschitsch**: Ueber den Einfluss einer Sinneserregung auf die übrigen Sinnesempfindungen. **Kowalewsky**: Ueber Perversion des Geschlechtssinnes bei Epileptikern. **Bartels**: Ueber das Gehirngewicht bei Geisteskranken. **Chrothes**: Mania and inabriety. **Hebold**: Zur Casuistik der Tabes. **Droeze**: Psychosen und Nierenkrankheiten. **Snell**: Die Lungenschwindsucht bei Geisteskranken. **Ramaer**: Psychiatrische Systematik. **Hitchcock**: Einige klinische Merkzeichen der Dementia paralytica. **van Deventer**. Betrachtungen über traumatische Psychosen. **Granger**: Die Zunahme der Geisteskranken und einige mit der öffentlichen Sorge für dieselben zusammenhängende Fragen.

III. Aus den Vereinen. I. Wissenschaftlicher Club zu Wien. Société médlcale des Hopiteaux zu Paris. III. Medicinische Gesellschaft in Kopenhagen. VI. The Practioners Society of New-York.

I. Original-Vereinsberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Februar 1888.

Von Dr. Otto (Dalldorf).

164) **Liebreich:** *Ueber die Wirkung des Erythrophlaeins.*

Gegenüber den Mittheilungen Lewin's, welche derselbe in der letzten Sitzung über ein neues locales Anaestheticum machte, meint Vortrag., das letztere, Haya, gehöre eher zu den Schlangengiften, worauf schon der Name deute. Aehnliche Wirkung auf die Empfindung komme diesen Giften auch zu. Die Stückchen von Erythrophlaeumrinde könnten leicht durch Zufall in einem Waarenlager dazu gekommen sein. Aehnlich wie die oben erwähnte Rinde würde bei den Afrikanern auch die N.-Cassarinde zu Gottesurtheilen angewandt.

Vortrag. bestreitet, dass das Erytrophlaein besondere local anästhesirende Wirkung habe, abgesehen von der Wirkung auf die Hornhaut und sucht nachzuweisen, dass die Versuche, welche Lewin zur Stütze seiner Auffassung anführt, in anderer Weise zu deuten sind. Subkutan lasse sich mit beliebigen anderen Substanzen gerade so gut Anaesthesie erzeugen wie mit Erythrophlaein. Es gelinge mit Eisenchlorid, Resorcin, Aconitin, Carbolsäure u. s. w. Im Strychnintetanus trete beim Frosch nach Applikation von Erythrophlaein keine Reaction auf Reize ein, weil das Erytrophlaein Lähmung hervorrufe. Im Auge zeige sich zunächst nach Einträufelung von E. eine Anaesthesie der Hornhaut, später der Conjunctiva und es machen sich bedeutende Reizerscheinungen bemerkbar. Es scheine keine locale, sondern eine durch den Sympathicus und das Ganglion ciliare vermittelte anaesthesirende Wirkurg zu sein. Bei Einspritzung in das obere Augenlid trete ein paretischer Zustand (Ptose) auf, wodurch bei Reizung der Schein der Anaesthesie erweckt werde. Auch bei Injektion anderer Substanzen zeige sich ein ähnlicher Zustand. Versuche am Menschen bei subkutaner Applikation seien nicht günstig ausgefallen. Sicher sei am Auge das Auftreten einer Hornhautanaesthesie.

In der *Diskussion* bestreitet Lewin die Ausführungen Liebreich's in Bezug auf die Natur der Haya und etwaige zufällige Beimengungen. Dass andere Mittel, welche L. angewandt, auch local anästhesirten, sei bekannt, beweise indess nichts gegen die Wirkung des E. Im Auge scheine es sich um eine locale Wirkung zu handeln.

Schöler theilt einige Beobachtungen über Anaesthesie der Hornhaut vermittelst Erythrophlaeins beim Menschen mit und will Sympathicusbetheiligung nicht, sondern eine Wirkung auf den Trigeminus für wahrscheinlich halten. Cocain wirke schwächer als E.

Sitzung vom 15. Februar 1888.

165) **Karewski:** *Ueber die praktische Verwendbarkeit der Erythrophlaein-Anaesthesie.*

Es wurde bei kleineren chirurgischen Operationen eine $^1/_2$% Lösung eines von Merk bezogenen Präparats in Anwendung gebracht

und zwar subkutan $^1/_2$—5 mgr. E. Es tritt keine complete Anaesthesie ein, sondern nur eine Abstumpfung und dagegen zeigt sich Analgesie, welche durch die Esmarch'sche Blutleere noch begünstigt wurde. Der Bezirk derselben ist nur klein, äussere Dauer beträgt mehrere Stunden. Nebenwirkungen unangenehmer Art sind: Schmerz der Injektion, Röthung, Papelbildung und Auftreten von Oedem am nächsten Tage. Es wurden Panaritien, Ganglien, Drüsenaffektionen etc. operirt, Nasenpolypen entfernt (Tamponade der Nase mit Erythrophlaein auf Watte). Zahnextractionen waren nicht immer schmerzlos. Bei Neuralgien wurde in der Nähe der schmerzhaften Punkte injicirt. Es trat zuerst Schmerz auf, dann verschwand jeder Schmerz eine Zeit lang oder dauernd. Wegen der starken Reizerscheinungen scheint indess das Erythrophlaein sich für die chirurgische Praxis nicht besonders zu eignen.

II. Referate und Kritiken.

166) **G. Jelgersma** (Meerenberg): Nieuwere methoden van microscopisch onderzoek van het centrale zenuwstelsel. (Histologische Methoden für Gehirn und Rückenmark). (Psychiat. Bladen V. 3.)

Behandelt Einbettung, mikrotomische Schneidung, Färbung, Nachbehandlung und Aufklebung von Serien- und Einzel-Schnitten des centralen Nervensystems. Im ganzen eine Zusammenstellung der in den besseren deutschen Handbüchern der histologischen Technik gegebenen Vorschriften unter Einflechtung einiger auf minima bezüglicher praktischer Winke. Für Axencylinder und Kernfärbung empfiehlt J. besonders 1—$^1/_{10}$% Lösungen von Anilin-Blueblack in 10% Spiritus. Zur Aufhellung von Celloidinschnitten gibt er folgende Mischung an Man erwärme Crystalle reiner Carbolsäure im Wasserbade auf 40—50: und löse sie dann in 3 Theilen Xylol; die Schnitte brauchen vorher nicht völlig entwässert zu sein. Kurella (Ahrweiler).

---

167) **G. S. Jwanoff:** Ueber Ungleichheit der Pupillen bei gesunden Menschen. (Wratsch 1887. Nro. 7.)

Verf. hat an 134 Rekruten dahin zielende Untersuchungen gemacht und gibt das Resultat derselben folgendermaassen an:

1) Gleiche Pupillen (9%) und gleiche Grösse der beiden Gesichtshälften (2,2%) trifft sich nur sehr selten.

2) Diese Ungleichheit beruht schwerlich auf Hypertrophie, sondern hängt aller Wahrscheinlichkeit nach von ungleicher Entwickelung der Hirnhemisphären ab. (Beruht wohl auf dem schon von Leibnitz formulirten Naturgesetz, dass die Natur niemals zwei ganze gleiche Dinge hervorzubringen vermag. Ref.)

3) Die linke Pupille (54,5%) und die linke Gesichtshälfte (73,9%) sind grösstentheils grösser als die rechte.

4) Bei Untersuchungen der Grösse der Pupillen an Gesunden und Kranken muss man auch das Verhältniss der übrigen Körper-

theile zu einander, des Gesicht, der Augenspalten die Sehschärfe und der grösseren Genauigkeit halber auch das Brechungsvermögen der Augen in Betracht ziehen. Buch (Willmanstrand, Finnland).

---

168) **Key-Aberg** (Stockholm): Endarteritis chronica deformans sasom orsak till plödslig. död. (Endarteritis chronica deformans als Ursache des plötzlichen Todes.) (Nordiskt Medicinskt Arkiv 1887. II. III.)

Ein Theil der umfangreichen Studie K.'s ist wichtig für die pathol. Anatomie der „spontanen Hirnblutungen," besonders nach der vorjährigen Publication Löwenfelds. Das Material K.'s waren die Sectionsprotocolle von 852 Fällen plötzlichen Todes, die ihm im Wiener Institut für Staatsarzneikunde zur Disposition gestellt wurden; die Sectionen betreffen alle Fälle dieser Art aus den Jahren 1881—1886; alle Gestorbenen waren über 14 Jahr alt.

Bei 74,5% dieser Fälle war die Endarteritis chc. def. Ursache des Todes, bei 11,3% eine intracranielle Haemorrhagie in Folge dieser Arterienerkrankung. Das männliche Geschlecht war überwiegend. Als senile Affection kann die E. chr. def. nicht gelten, da die überwiegende Mehrzahl der Gestorbenen im Alter von 40—44 Jahren stand. Die Männer standen in weit jüngerem Alter, als die Frauen. Die sociale Stellung und der Beruf übt keinen nachweisbaren Einfluss; die Mehrzahl der Todesfälle traf in den Winter, die geringste in den Frühling.

Bei 30 Fällen intracranieller Blutung lagen genaue Bestimmungen über die Zeit zwischen der Blutung und dem Eintritt des Todes vor; der Tod trat ein sofort in 15 Fällen, nach 5 Minuten in 1 Fall, nach einigen Minuten in 2 Fällen, nach 15 Minuten in 1 Fall, 2—3 Stunden in 2 Fällen, 3—5 Stunden in 6 Fällen, 7, 12 und 18 Stunden je 1 mal.

32 Fälle waren Meningealblutungen, 81 in die Hirnsubstanz.

In 19 Fällen, wo der Tod innerhalb 15 Minuten eintrat, war die Localisation folgende: Meningealblutungen 8; Corp. striatum 1; Corp. str. und Seitenventrikel 1, und Thal. opt. 1, und Pons 2; Pons allein 1, Pons und Hirnschenkel 2; Kleinhirn und 4. Ventrikel 3.

Kurella (Ahrweiler).

---

169) **H. C. Coe** (New-York): Cerebral congestion following removal of the uterine appendages. (Hirncongestion nach Entferung der Uterusanhänge.) (The Medic. Record 24. Septmber 1887.)

Verf. meint, dass nach Ovariotomien nicht selten für Jahre gewisse nervöse Störungen zurückbleiben, die zwar in atypischen Anfällen auftreten, oft jedoch zu den Zeiten am heftigsten sind, in welchen sich gewisse an die frühere Menstruation erinnernde örtliche Beschwerden (Schmerz, Gebärmutterblutung etc.) zeigen; namentlich finde sich häufig heftiger Stirn- und Hinterhauptsschmerz, Schwindel, Pulsiren der Carotiden, fliegende Hitze, Injection der Bindehaut — Symptome, die man nicht lediglich einer „Nervosität" zuschreiben könne; es handle sich hier vielmehr um Hirncongestion. Voigt (Oeynhausen).

---

170) **H. Neumann:** Zur Frage über die Beziehungen zwischen Tabes und Syphilis. (Berl. klin. Wochenschr. 1887 Nro. 43.)

In dem von Verf. untersuchten Materiale des Städt. Krankenhauses Moabit waren von 861 erkrankten Männern bei 147 = 17,2% früher Syphilis oder Ulcus molle vorhanden, bei 76 = 8,8% war secundäre Syphilis sicher oder sehr wahrscheinlich constatirt. Unter den 861 Kranken fanden sich im ganzen 17 = 2,0% Tabiker; die 571, welche nicht inficirt waren, ergaben ein Contingent von 0,9%, die erwähnten 147 stellten ein solches von 8,2%, die sicher Syphilitischen ein solches von 11,8%. Die Häufigkeit der Syphilis bei Tabes betreffend kommt Verf. zu einem Endresultat von 50%, das freilich von anderen Statistiken bei weitem überstiegen wird. Indess glaubt Verf. auch nach seinem Beobachtungsmaterial den engen Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen als wahrscheinlich bestätigen zu können. J. Ruhemann (Berlin).

---

171) **G. Jelgersma** (Meerenberg): Over de pathogenese der epilepsie. (Nederl. Tydschrift voor Geneeskunde. 1888. Nro. 1.)

Rindenreizung gibt Krämpfe und Bewusstseinsverlust, also einen dem epileptischen Anfall sehr ähnlichen Vorgang, schon bei schwachen Reizen auch der nicht im engeren Sinne motorischen Rindenstellen. Eine andere Analogie dieser experimentellen Thatsachen ist die von Rosenbach constatirte Wirkung des Bromkalium, das die Rinde elektrisch unerregbar macht. Obductionsresultate Epileptischer geben uns durchaus nicht immer eine unzweifelhafte Rindenläsion zu erkennen, oft fehlt jede Hirnläsion. Dagegen ist Epilepsie häufig eine Complication von auf schweren Entwicklungsstörungen des Hirns beruhender Idiotie, der Paralyse und anderer schwerer organischer Hirnleiden; die Sklerose des Ammonshorns ist gewöhnlich nur Theilerscheinung einer allgemeinen Hirnsklerose. Die pathologische Anatomie der chronischen Epilepsie fällt ganz mit der der Demenz zusammen, ist Ausdruck der letzteren und diese selbst nur eine Folge der Epilepsie. Mit dem Zunehmen der Demenz pflegt die Zahl der Anfälle abzunehmen; der epileptische Anfall scheint nur bei anatomischer Integrität der Hirnrinde zu Stande kommen zu können. J. hat bei zahlreichen Sectionen dieses reciproke Verhältniss zwischen Zahl der Anfälle und Ausdehnung der Rindenveränderung gefunden. So sehr auch alle Thatsachen auf denRindenursprung der Epilepsie deuten, muss doch die bezügliche Veränderung als eine rein functionelle angesehen werden. Rindenherde führen zu einem nicht eigentlich epileptischen, sondern einem epileptoiden Zustand der übrigen Rinde. Kurella (Ahrweiler).

---

172) **W. B. Hadden** (London): Suppression of the salivary and buccal secretions. (Unterdrückung der Speichelabsonderung.)

(The Lancet. 21. Jan. 1888.)

Vor einiger Zeit stellte H. in der Londoner klin. Gesellschaft eine Frau von 65 Jahren vor, welche ohne nachweisbare Ursache

der Art an Unterdrückung der Speichelsecretion litt, dass die ganze Mundhöhle vollständig trocken war.

Der interne Gebrauch der Tinct. Jaborandi besserte diese bis jetzt sehr selten beobachtete Anomalie, ohne sie jedoch dauernd beseitigen zu können. Pauli (Köln).

---

173) **Gellé:** Un cas d'allochirie auditive. (Ein Fall von Allochirie des Gehörs.) (Gaz. des Hôp. 1888 Nro. 11.)

Da Allochirie, ein dadurch ausgezeichneter Zustand, dass ein auf der Haut einer Körperhälfte erregter Reiz auf der anderen percipirt wird, bis jetzt nur bei Ataxie locomotrice und anderen Affectionen der Medulla beobachtet worden ist, so theilt G. einen Fall mit, bei welchem sich diese eigenthümliche Erscheinung nicht an der äusseren Haut, sondern am Gehörorgan bemerkbar macht der Art, dass bei betr. Kranke, deren Ohren, das linke mehr als das rechte, afficirt aber gehörfähig sind, Geräusche nur vom linken, wegen der hier vorhandenen Hyperästhesie wahrgenommen werden. Pauli (Köln).

---

174) **Alfred Hinde** (Chicago, Ill.): A case of right lateral or homonymous hemianopsia, with negative history.

(The Medic. Record. 17. Novbr. 1887.)

Verf. führt die einzelnen differential-diagnostischen Punkte an, die bei der Frage nach dem Sitze der betreffenden Läsion zu berücksichtigen sind und meint dann, dass in seinem Falle (57 jähriger Mann, der angeblich an zunehmender Gedächtnissschwäche leidet, sonst keinerlei andere Krankheitssymptome darbietet) die Hemianopsie nur abhängen könne von umschriebener Erweichung des Hinterhauptlappens in Folge von chronischer Arteriosclerose.

Voigt (Oeynhausen).

---

175) **Waldo Briggs** (St. Louis): A case of verbal amnesia due to shock. (Ein Fall von verbaler Amnesie durch Shock).

(The St. Louis Med. and Surgic. Journal Nov. 1887.)

Der Kranke verlor in unmittelbarer Folge von Schlägen auf den Kopf das Bewusstsein, konnte sich jedoch noch nach Hause finden, hatte aber die Fähigkeit verloren, die richtigen Worte zu sprechen, seine Familienglieder zu erkennen; dagegen war er im Stande, das betreffende Wort richtig niederzuschreiben. Eine Schädelfractur konnte nicht gefunden werden. — Tags darauf schon begann die Besserung, die bald in Heilung überging. Voigt (Oeynhausen).

---

176) **H. C. Dalton** (St. Louis): Cerebral softening simulating a cerebral hämorrhage. Death. Autopsy. (Gehirnerweichung eine cerebrale Hämorrhagie vortäuschend. Tod. Section. (The St. Louis and Surg. Journ. Nov. 1887.)

Ein 57jähriger Mann, der in Baccho et Venere excedirte, wurde plötzlich linksseitig gelähmt. Bewusstsein und Hautsensibilität nirgend gestört. Bald darauf Delirium (tremens?), Schlaflosigkeit Kräfteverfall,

unfreiwilliger Urinabgang, Decubitus. Keine Sprachstörung. Nach geringer Besserung trat bald unregelmässiges Fieber, Somnolenz, Tod ein. Die Section ergab namentlich im hinteren Theil des corp. striatum, thalam optic. und fast des ganzen mittleren Hirnlappens bis in die Rinde hinein starke Erweichung von röthlicher Farbe, Verdickung der Blutgefässe, Atherom der an der Basis laufenden Gefässe, Verdickung des Ependyms des rechten Ventrikels, der dilatirt und mit wässriger Flüssigkeit angefüllt war. Voigt (Oeynhausen).

---

177) **A. G. Hobbs** (Atlanta, Ga.): The nervous phenomena in a case of exposure of the anterior colums of the cord, from syphilitic ulceration of the upper pharynx. (Die nervösen Erscheinungen in einem Falle von Blosslegung der Vorderstränge des Rückenmarkes auf ein syphilitisches Geschwür des oberen Pharynx.) (The St. Louis Medic. and Surgic. Journal Novbr. 1887.)

Ein jüngerer Mann hatte ein syphil. Geschwür an dem hintern oberen Pharynxtheile, das mit Necrose der unterliegenden Wirbelpartie einherging. Nach 3 wöchentlicher inneren und äusseren Behandlung (Jodkali, Entfernung von Knochenstückchen, Ausspülen der Knochenhöhle) klagte Patient abgesehen von einer schon länger bestehenden hochgradigen Schlaflosigkeit über beständigen Schmerz im Nacken und Hinterkopfe, wesshalb er den Kopf starr auf eine Seite geneigt hielt. Bei einer jetzt wieder vorgenommenen Untersuchung der Wundhöhle mit der Sonde wurde Pat. plötzlich $^1/_2$ Minute lang auf der der Druckstelle entsprechenden rechten Körperhälfte gelähmt (auch rechte Pupille etwas erweitert), alsdann stellte sich ein prickelndes Gefühl in den gelähmten Theilen ein und die Lähmung verschwand. Am nächsten Tage wurde durch Sondirung dieselbe Erscheinung, aber auf der der Druckstelle entgegengesetzten Seite hervorgerufen. Nun fing die Wundhöhle an sich zu verkleinern, doch konnte noch eine Woche später durch Sondendruck jedesmal eine allerdings mässigere Paralyse der getroffenen Seite erzeugt werden. Abermals 2 Wochen später, als der Heilungsprocess noch weiter fortgeschritten war, löste ein Sondendruck statt einer Parese choreatische Bewegungen in der der Druckstelle gleichnamigen Körperhälfte aus, die sofort nach Nachlass des Druckes aufhörten. Als sodann der grösste Teil der Wundhöhle vernarbt war, wurde durch Sondendruck nur noch ein prickelndes Gefühl hervorgerufen und schliesslich blieben mit der zunehmenden Härte der Narbe alle nervösen Erscheinungen aus. Vollständige Heilung. — Nach Verf.'s Ansicht musste durch die Wirbelnecrose das Rückenmark zwischen 2. und 3. Halswirbel blossgelegt sein, und ferner musste der von Paralyse gefolgte Sondendruck jedesmal vermittelst eines auf das Mark vorgeschobenen Knochenstückes eine Wunde desselben, der von Krämpfen gefolgt eine einfache Reizung des betreffenden Vorderstranges hervorgerufen haben (?). —

Wir bedauern mit Verf., dass nicht von Seiten eines Nervenarztes sorgfältigere Untersuchungen dieses interessanten Falles angestellt wurden. Voigt (Oeynhausen).

---

178) **H. Senator** (Berlin): Ueber periodische Oculomotorius-Lähmung.
(Zeitschrift f. Klin. Med. Bd. XIII H. 2 und 4.)

Die 22 jährlge Arbeiterfrau Hedwig L. litt seit ihrem 8. Lebensjahre an heftigen Kopfschmerzen ohne Ursache; die rechtsseitigen Schmerzen dauerten gewöhnlich 3 Tage sie wiederholten sich alle 4 Wochen. Im 12. Lebensjahre bemerkte Patientin zuerst, dass bei einem Anfall von Kopfschmerzen das rechte Augenlid herunterfiel, und sie es willkürlich nicht heben konnte, auch hatte sie beim Erheben des Augenlides mit der Hand Doppelsehen gehabt. Zum zweiten Male traten diese Erscheinungen im 16. Jahre auf. Menstruirt war sie erst im 17. Jahre und die Anfälle von Kopfschmerzen und Erbrechen sollen von jetzt ab 2—3 Jahre lang immer kurz vor der Menstruation eingetreten sein; das Herabfallen des Augenlides ist aber erst bei dem letzten Anfalle wieder bemerkt worden.

Am 4. Novbr. 1886 stellte sich Pat. in der Poliklinik des Augusta-Hospitals wegen heftiger Migräne vor. Es wurde eine Lähmung sämmtlicher Nv. oculomotor., einschliesslich der Ciliar- und Iriszweige, constatirt, Pupille mittelweit und weiter als die linke, reagirte weder auf Lichteinfall noch auch bei Accommodationsimpulsen. Patientin hatte auch Doppelbilder. Augenhintergrund normal. Am folgenden Tage war die Lähmung bereits im Rückgehen begriffen. Am 3. Tage war alles geschwunden. Seitdem ist keine Lähmung des Occulomotor. wieder aufgetreten, wohl hat Pat. Anfälle von Migräne gehabt. Ein engerer Zusammenhang zwischen der Menstruation, die nach der Lactationszeit wieder eingetreten war, und den Migräneanfällen war während der Dauer der Beobachtung nicht zu erkennen.

Verf. glaubt, dass es sich im vorliegenden Falle um eine „rein „periodische Lähmung im Gegensatze zu den periodisch exacerbirenden“ Oculomotoriuslähmungen handelt. Der Beweis für das Vorhandensein solcher „rein periodischer“ Lähmungen wird hauptsächlich durch diesen Fall geführt, da die Lähmung nach dem beobachteten Anfall *vollständig* zurückgegangen ist und keine Abnormität mehr besteht. Am 3. Juli untersuchte noch Uhthoff die Patientin und konnte nichts Pathologisches entdecken; die rechte Pupille war eine Spur weiter als die linke, was Senator jedoch als nichts Pathologisches hinstellt.

In Betreff von Ursache und Wesen der „periodisch exacerbirenden“ Oculomotoriuslähmungen bemerkt Verf., dass dieselben in einigen Fällen sicher, in anderen sehr wahrscheinlich auf einer den Nervenstamm an der Basis cranii treffender Läsion beruht. Die zeitweise auftretenden Exacerbationen seien auf vorübergehende hyperämische oder ödematöse Schwellung oder auf entzündliche Reizungen zu beziehen. Bei den vom Verf. als „reine periodische“ Oculomotoriuslähmung bezeichneten Fällen jedoch sei mit Wahrscheinlichkeit eine gröbere Läsion auszuschliessen und sie seien vielleicht als Reflexlähmungen auf hysterischer Grundlage aufzufassen. Verf. verhehlt sich jedoch nicht, dass in der für diese Auffassung beigebrachten Beweisführung noch manche Lücke zu verzeichnen ist.

Möbius (Schmidt's Jahrbücher, Bd. 216. Nro. 12) bemerkt

dazu, dass ihm das Vorkommen „rein periodischer“ Lähmung nicht bewiesen zu sein scheine. Den vorliegenden Fall beanstandet er wegen der dauernden Pupillendifferenz. Aber den Beweis als geliefert vorausgesetzt, liege dennoch kein Grund zu der von S. angenommenen Trennung vor; eine hysterische Lähmung ist stets eine seelische Lähmung und solcher Art kann nie eine Oculomotoriuslähmung sein. Reflexlähmung sei aber nichts mehr und nichts weniger als ein Wort. Ob die period. Oculomotoriuslähmung immer durch eine grobe Läsion bewirkt wird, oder ob Veränderungen, welche wir nicht nachweisen können, und welche etwa denen bei einer Vergiftung durch Strychnin oder dergl. ähnlich wären, die Ursache sein können, steht dahin. In beiden Fällen aber würde die Veränderung organischer Natur und somit die period. Oculomotoriuslähmung grundsätzlich von der hyster. Lähmung zu trennen sein. Goldstein (Aachen).

---

179) **Alfred Hinde** u. **Herold N. Moyer** (Chicago): Periodically recorring oculomotor paralysis. (The Medic. Record. 24. Sept. 1887.)

Ein 20 jähriges Mädchen litt seit ihrem 7. Jahre an Anfällen der zuerst von Gubler, dann von Mauthner, Jacobi,, Möbius pp. beschriebenen Paralyse. Vom Beginn der Erkrankung an nahmen die Symptome (zuerst Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, dann Paralyse des linken n. oculomotor. und in verschiedenen Anfällen auch mässige Parese des linken Armes) allmählig an Heftigkeit zu, zogen sich immer mehr in die Länge und die Paralyse hielt länger an, ging auch immer weniger vollkommen zurück. Nach dem 5. Anfalle — dieselben nahmen übrigens an Häufigkeit mit der Zeit ab — blieb divergirendes Schielen und Ptosis dauernd bestehen. Bei der Untersuchung in ihrem 20. Jahre zeigte Pat. Paralyse sämmtlicher Zweige des linken n. oculomot. ohne gleichzeitige Erkrankung des innern Auges; im Uebrigen waren alle andere Augen-, Gehirn und Rückenmarksnerven normal (?) — Rücksichtlich der Pathologie der Erkrankung sei man auch im Unklaren; nach den klinischen Symptomen zu urtheilen könne die Erkrankung wohl nuclär sein, obgleich die wenigen bisher gemachten Symptome den Kern stets unversehrt gezeigt hätten; jedenfalls sei sie nicht selten peripher, ja auch wohl gar functionell. Die Prognose sei ungünstig. Voigt (Oeynhausen).

---

180) **Alfred Hinde** (Chicago): Periodically recorring oculo-motor paralysis, — a description of a paroxysm, with an attempt at localization, and with suggestions as to the pathologie of the disease. (Priodisch wiederkehrende Paralyse des n. oculomotor. — Beschreibung eines Anfall's, Localisationsversuch, Vermuthungen rücksichtlich der Pathologischen Erkrankung). (The Medic. Record. 22. October 1887.)

Der oben beschriebene Fall zeigte im Verlaufe der nächsten 8 Wochen unter Behandlung mit Jodkali und Sublimat insofern einige Besserung, als die linksseitige Ptosis etwas abnahm. Vier Monate später trat abermals ein Anfall ein, den Verf. in seinen Einzelheiten

genau beschreibt. Die Hauptzüge desselben bestanden in seinem plötzlichen Einsetzen, in dem bedeutenden Vorherrschen sensorieller Erscheinungen in dem Auftreten angioneuritischer Symptome, der Amaurose des linken Auges etc. Rücksichtlich der Pathologie des Falles meint Verf., dass es sich wahrscheinlich um eine Erkrankung der rechtsseitigen Hirnrinde handle, die ihren Anfang in dem Parietaltheile genommen (was die Paralyse des oculomot., die Hemianästhesie und die sensorielle Anästhesie erkläre), sich allmählig rückwärts auf den Hinterhauptlappen fortgepflanzt (daher Amaurose!) und auch sich nach vorwärts ausbreitend die vordere und hintere Centralwindung und den lobul. paracentr. (daher die hemiplegischen Symptome!) ergriffen habe; und zwar bestehe die Läsion in einer Angio-Neurose, als deren Folge extravasculäre Exsudation und secundäre Compression der betreffenden Nerven-Zellen und Fasern eintrat, bis diese schliesslich degenerirten.

Voigt (Oeynhausen).

---

181) **Frank W. Ring**: Total paralysis of all the muscles of the left eye. Optic Neuritis; Ptosis of the lid; paralysis of accomodation and of the iris (traumatic). (Totale Paralyse aller Muskeln des linken Auges etc.) (The Medic. Record 13. August 1887.)

Ein 14jähriger Knabe zeigte unmittelbar nach einem Falle vom Baume ausser verschiedenen Wunden der Stirn und des oberen Augenlides heftige Schmerzen, complete linksseitige Ptosis, Paralyse sämmtlicher Muskeln des linken Auges, Unfähigkeit die Finger in einigen Fuss Entfernung zu sehen. Am 7. Tage nach der Verletzung wurde aus der Augenhöhle ein bis dahin nicht entdecktes Stück Holz von 3 Zoll Länge und $^1/_4$ Zoll Dicke gezogen, wonach einige Besserung im Sehen und der Muskelbeweglichkeit eintrat. — Der Fall dürfte einzig in seiner Art sein, zumal er nicht tödtlich endete vielmehr einige Besserung der Symptome eintrat. Zur Erklärung der Lähmung sämmtlicher Augenmuskeln nimmt Verf. zum Shock seine Zuflucht.

Voigt (Oeynhausen).

---

182) **H. Uuverricht** (Jena): Ueber multiple Hirnnervenlähmung. (Fortschritte der Medicin Nro. 24, 1887.)

Es handelte sich in dem mitgetheilten Falle um einen 38 Jahre alten Mann der mit 20 Jahren ein venerisches Geschwür acquirirte, ohne dass jemals syphilitische Erscheinungen sich darboten. Bei der Feldarbeit plötzlich doppelseitige Facialislähmung; daran schloss sich Lähmung des Gaumensegels, Lähmung des rechten Oculomotorius, beider Abducentes, Störungen im Gebiete der sensibelen Trigeminusäste beiderseits, keratitis neuroparalytica rechts. Schmierkur ohne Erfolg.

In der Poliklinik wird der eben gezeichnete Befund constatirt. Complete Entartungsreaction im beiderseitigen Facialisgebiete. Die Rachengebilde sind etwas anästhetisch, das Gaumensegel ist halbseitig gelähmt und bewegt sich bei der Phonation ebenso wie die Schleimhaut der hinteren Rachenwand nach links und oben. Keine Extremi-

tätenlähmung, keine Störung der Sensibilität, keine Stauungspapille. Gehör normal. Stomatitis mercurialis. Schwellung der Submaxillar-, Cervical-, Nacken- und Leistendrüsen, dagegen keine Schwellung der Cubitaldrüsen, auch die Milz ist nicht geschwollen.

In die Klinik aufgenommen bildet sich beim Patienten in 14 Tagen eine Lähmung fast aller Hirnnerven aus. *Nachweisbar intakt* sind der linke Opticus (rechts wegen der Neuritis nicht genau festzustellen) und der linke Trochlearis. Erst in dem letzten Stadium des Leidens Lähmungserscheinungen der Extremitäten von mehr diffusem Charakter. Schliesslich leiden auch die Bewegungen der Rumpf- und Nackenmuskulatur. Tod nach 8 wöchentlicher Dauer der Krankheit an Lungengangrän in Folge von Verschluckung.

Bei der Besprechung der Diagnose kommt Verf. unter Berücksichtigung der Erscheinungen im Leben zu dem Schlusse, dass nur eine periphere Ursache für die vorliegende Erkrankung angenommen werden durfte, und wollte man sich eine einheitliche Anschauung von dem Process bilden, so musste derselbe an der Basis cranii sitzen. Eine syphilitische Ursache war wohl wegen der Erfolglosigkeit von Schmierknr und Jodkalium nicht aufrecht zu halten.

Bei der Section erwies sich der Hirnbefund negativ; minimale Abweichungen in Bezug auf Farbe und Volumen der Hirnnerven. An einzelnen Stellen der Schädelbasis, an welchen die Dura ihre bläulich glänzende Beschaffenheit eingebüsst hatte, zeigten sich grau-weisse Geschwulstmassen, zwischen Dura und Schädelbasis eingedrängt, welche die dort befindlichen Oeffnungen verstopft hatten. Auf beiden Seiten war das Foramen ovale durch Tumorenmassen verengt, ausserdem die Fissura orbitalis superior. Tumorenmassen ziehen sich längs der Seitenfläche der Sattelgrube hin, Ausläufer des Tumors beiderseits bis zum Foramen rotundum. Im hinteren Mediastinum lag ein apfelgrosser elastisch restistenter Tumor. Mikroscopisch boten sämmtliche Tumoren die Charaktere eines Rundzellensarkoms. Der Tumor im hinteren Mediastinum ist wohl als die primäre Geschwulst zu betrachten, die Metastassen in die Schädelhöhle gesandt hatte.

Als interessant hebt Verf. u. A. die halbseitige Gaumensegellähmung hervor und glaubt, dass die Pathologie das Symptom der seitlichen Verziehung der hinteren Rachenschleimhaut noch nicht verzeichnet habe. *Ref.**) möchte zu diesen in der betr. Arbeit gesperrt gedruckten Sätzen, die Bemerkung hinzufügen, dass dem Verf. der in

*) In Nro. 2 der „Fortschritt der Medizin“ von 1888 macht U. auf einige nachträgliche Bemerkungen zu seinem Aufsatze, speziel unter Hinweis auf Möbius Arbeit. Es findet einen prinzipiellen Unterschied zwischen seinen und Möbius Fällen, da es sich in ersteren um eine coulissenartige Verschiebung der hinteren Rachenwand nach links und oben gehandelt habe, die wohl unmöglich auf Lähmung eines Constrictor pharyngis zurückzuführen sei, sondern vielmehr durch Lähmungserscheinungen an einem der seitlich an der hinteren Rachenwand inserirenden Muskeln, etwa im Stylopharyngeus bedingt wurde. Ref. hat oben die Innervationsfrage wegen ihrer schweren Bestimmbarkeit überhaupt nicht berührt, sondern nur auf die Verziehung der Schleimhaut im allgemeinen aufmerksam gemacht.

diesem Centralblatte 1887, pag. 479 und 481 ff. enthaltene Aufsatz von Möbius „über mehrfache Hirnnervenlähmung“ entgangen zu sein scheint. Möbius theilt darin mit, dass Erben (Wien. med. Blätter 1887, 1 und 2) aus Meynert's Klinik 2 Beobachtungen publicirt habe, bei denen während des ruhigen Athmens auf der Seite der Lähmung die hintere Rachenwand nach hinten und aussen ausgebuchtet war. Die Fälle Erben's waren solche von halbseitiger Bulbärparalyse. Möbius selbst hat in 2 von seinen auch in anderer Beziehung interessanten Fällen von multipler Hirnnervenlähmung die Verschiebung der hinteren Rachenwand nach der gesunden Seite hin beobachtet. In dem einen Falle erschien die Rachenhöhle erweitert, in dem anderen verengert. Das ist nach M. vielleicht individuell. (Vergl. übrigens den betr. Aufsatz.) Es möge genügen, hier darauf aufmerksam gemacht zu haben, dass die seitliche Verschiebung der Rachenschleimhaut nicht zuerst von U. gesehen worden ist.

Goldstein (Aachen).

---

183) **Hers** (Oud-Beierland): Een geval van halfzydige atrophie van de tong. (Halbseitige Zungenatrophie.) (Nederl. Tydschrift voor Geneeskunde 1888. Nro. 2.)

Keine Tabes; allgemeine Nervosität bei einer 37 jährigen Frau die wegen Schmerzen und Steifigkeit in der l. Halsseite in H.'s Behandlung kam. Zungenspitze zeigt nach links, linke Zungenhälfte schlapp und dünn. Sensibilität und Facialisinnervation normal, Hinterhauptsregion druckempfindlich. Die Atrophie der Zungenhälfte nimmt rapide zu, die Beweglichkeit des Kopfes nimmt ab, der Kopfschmerz nimmt zu; Ohrensausen, fibrilläre Zuckungen und Paraesthesieen im linken Arm. Später treten Schluckbeschwerden auf, es kommt zu caput obstipum; 14 Tage vor dem Tode Herpes Zoster auf dem ganzen rechten Rücken. Während der ganzen Zeit der Beobachtung (6 Monate) bestand eine tuberculöse Kniegelenksentzündung und waren Fisteln am l. Vorderarm vorhanden. Section wurde nicht gemacht. H. stellt die Diagnose auf tuberculöse Caries der Halswirbel, die Schmerzen, Muskelatrophie und Schluckstörungen deuten auf eine Affection des l. Hypoglossus, Vagus, Accessorius und des plexus brachialis, die Zungenatrophie müsse also einer peripheren Nervenlaesion zugeschrieben werden.

Kurella (Ahrweiler).

---

184) **J. L. Tracy** (Toledo, O.): A case of Raynaud's disease. (Ein Fall Reynaud'scher Krankheit.) (The Medic. Record. 27. Decbr. 1887.)

Eine junge Frau stach sich, nachdem sie schon seit einigen Jahren an Anchylose des linken Schultergelenk's und hochgradiger Atrophie der hier gelegenen Muskeln gelitten hatte, mit der Nadel in den linken Zeigefinger; es folgte chronische Entzündung desselben mit Verlust der Haut und des Nagels. Bald wurden auch die andern Finger der linken und rechten Hand, meist in ihrer vorderen Hälfte, später auch eine Zehe, in ähnlicher Weise ergriffen: es bildete sich zuerst eine Pustel, die platzte und von Unterminirung der nächstliegenden

Haut durch serös-eitrige Flüssigkeit gefolgt war. Gelegentlich heilte der eine oder andere Finger, indem die wunden Stellen sich mit einer dünnen Haut überzogen; bald jedoch begann das Leiden von Neuem. Dabei litt Pat. an häufigem Kopfschmerz, Schlaflosigkeit und Stuhlverstopfung. Trotz aller angewandten Mittel (Tonica, Galvanisiren etc.) zeigte die Erkrankung, die beiläufig schon 7 Jahre lang bestand, keine Neigung zur Heilung. Voigt (Oeynhausen).

185) **Jürgensen** (Kopenhagen): Om nervöse Mavesygdomme etc. (Ueber Neurosen des Magens.) (Hospitalstidende 1887. Nro. 10, 11, 12, 13.)

Ein Theil der umfänglichen und an eigenen Beobachtungen reichen Arbeit J.'s behandelt die Diagnose der Magenneurosen; den übrigen Inhalt, der sich mit den neueren Methoden der Diagnostik der Magenkrankheiten überhaupt befasst, übergehen wir hier.

Als Characteristicum der Magenneurosen bezeichnet J. die Capriciosität der dyspeptischen Erscheinungen und ihr von äusseren Verhältnissen unabhängiges Auftreten; meist lässt sich der Nachweis führen, dass die Function der Verdauungsorgane normal ist, und dass sie frei von anatomischen Laesionen sind; auch die aetiologischen Verhältnisse und die Erfolge der eingeschlagenen Therapie sind diagnostisch wichtig, und oft lassen sich bei Magenneurosen deutliche Schmerzpuncte nachweisen; sie finden sich häufig in der Gegend des 4. bis 5. Lendenwirbels und gelegentlich am plexus coeliacus. Die dyspeptischen Anfälle nervösen Ursprungs finden sich bei Anaemischen, bei Hysterie und Neurasthenie, treten häufig nach deprimirenden Erregungen und nach intellectuellen Anstrengungen auf und finden sich ebensooft bei vollem wie bei leerem Magen; den allgemeinen Ernährungszustand beeinflussen sie oft nur wenig, auch da, wo viel erbrochen wird.

Die von Rossbach beschriebene nervöse Gastroxynsis hat J. in einem characteristischen Beispiel beobachtet; der Anfall trat in Zwischenräumen von 8—14 Tagen auf, unter Kopfschmerz, Benommenheit, Uebelkeit, Schmerz in der Magengegend, Lichtscheu, Schmerzen im Bulbus oculi, wiederholtem Erbrechen, dauerte gewöhnlich 24 Stunden und wich dann absolutem Wohlbefinden; gelegentlich traten auch rudimentäre Anfälle auf, bei denen der Kopfschmerz intensiv war, das Erbrechen ausblieb. — J. fand in diesem Falle den erbrochenen Mageninhalt stark sauer. (0,26% Hcl). Der Einzelanfall war gewöhnlich durch eine Gemüthsbewegung veranlasst.

Die Therapie der Magenneurosen sei diätetisch; J. empfiehlt eine vorwiegend vegetabilische Kost, klimatische, gymnastische und Kaltwasser-Curen, Bromsalze; Brunnencuren haben keinen günstigen Erfolg. Kurella (Ahrweiler).

186) **Schmiegelow** (Kopenhagen): Reflexnevroser, betingede af en Sygdom i Mellemöret. (Reflexneurosen in Folge von Mittelohrerkrankungen). (Ugeskrift for Läger 1887. p. 129. 149.)

S. bespricht die physiologischen Theorien über die Bedeutung des Labyrinths für das Körpergleichgewicht und betont andre vom

Mittelohre ausslösbare motorische und sensible Reflexleistungen auf Grund seiner klinischen Beobachtungen. In einem der Fälle bestand bei chronischer Eiterung im Mittelohr und heftigem Schmerz- und Druckgefühl der entsprechenden Kopfhälfte eine Neigung zu ganz unmotivirten Angstanfällen; einmal kam es zu einem Anfall von Zwangsbewegungen; der Patient lief plötzlich beim Gehen auf der Strasse automatisch 10—15 Schritt nach der Seite, alle diese Erscheinungen verschwanden nach Heilung des Ohrleidens.

In einem andern Falle kam es bei einem 55 jährigen Manne nach Polypenbildung und Eiterung im Mittelohr zu einer Psychose mit Verfolgungsideen und Selbstmordsdrang; die Psychose verschwand nach Entfernung der Polypen. Kurella (Ahrweiler).

---

187) **A. F. Lampson** (Galveston, Tex.): A rare case of neuroses, simulating malarial-intermittent fever, due to urethral irritation. (Ein seltener, Malariafieber vortäuschender Fall von Neurosen in Folge urethraler Reizung). (The Medic. Record 19. November 1887).

Es handelt sich in dem Falle um einen 18 jährigen nervösen Menschen, bei dem nach Erweiterung des orific. urethrae die wechselfieberähnlichen Anfälle verschwanden, ohne je wiederzukehren.

Voigt (Oeynhausen).

---

188) **Octavius Sturges** (London): Chorea in a child under three. A small contribution to the pathology of that affection. (Chorea bei einem Kinde unter drei Jahren. Ein kleiner Beitrag zur Pathologie dieser Affection.) (The Lancet 21. Jan. 1888.)

Der Fälle, wo Chorea Kinder im Alter von ungefähr drei Jahren befiel, hat St. im Verlaufe von zehn Jahren 10 — lauter Mädchen — beobachtet und überall, sei es auf Grund eines vorhandenen Vitium cordis, oder dass die Eltern an Gelenkrheumatismus gelitten hatten, denselben dafür verantwortlich gemacht.

Erscheint Chorea, wie dies Regel ist, zwischen dem 6.—12. Lebensjahre, so leitet sie von Schreck oder sonstigen nachtheiligen psychischen Einflüssen ihren Ursprung her und steht in keinem nachweisbaren Connex mit Rheumatismus.

Indess scheint derselbe auch hier noch eine gewisse Rolle zu spielen, insofern jenes Nervenleiden, das nicht angeboren, sondern erworben wird, häufiger während der rauheren Jahreszeit vorzukommen pflegt. Pauli (Köln).

---

189) **S. Baruch** und **Edward S. Peck** (New-York): An interesting case of hysterical amblyopia in the male. (Ein interessanter Fall hysterischer Amblyopie einen Mann betreffend.)

(The Medic. Record 19. Novbr. 1887.)

Ein 21 jähriger Mann, der seit seinem 13. Jahre an epileptischen Anfällen litt, klagte eine Woche nach dem letzten derselben, der beiläufig unmittelbar nach starken Gemüthserregungen eintrat, über Am-

blyopie, an die sich, angeblich in Folge der Aufregung über eine sehr genau vorgenommene Untersuchung der Augen durch einen Spezialarzt, eine Reihe anderer für hysterisch gehaltenen Symptomen anschlossen (Hyperästhesie der oberen Halswirbelgegend und der Augen nebst Umgebung, Diplopie, Dyschromatopsie, Hemianopsie). Heilung durch Kaltwassercur und psychische Behandlung. Ueber den Verlauf der Epilepsie wird nicht berichtet. Voigt (Oeynhausen).

---

190) **Frederick Peterson**: Morbus Basedowii (Exophthalmic goitre.); Gravês disease. (The Medic. Record 20. Aug. 1887.)

Verf. gibt eine kurze Symptomatologie der Erkrankung und beschreibt dann ausführlich einen von ihm beobachteten Fall (Frau), in welchem gewisse psychische Symptome eine grosse Rolle spielten. Pat. pflegte nämlich während der Anfälle von heftiger Dyspnö und gesteigerter Herzaction sich mit Tanzen, Singen, theatralischen Stellungen u. s. w. zu ergötzen, ohne dadurch Schmerz oder Müdigkeit zu fühlen (was sich gewöhnlich erst am nächsten Tage einstellte); dabei verrieth sie jedesmal ein unnatürlich gesteigertes Selbstbewusstsein, vermehrte Eitelkeit, Hang schöne Kleider etc. zu stehlen, Neigung zu Lügen, frechen Redensarten, schlüpfrigen Geschichten. — Verf. sucht die Ursache der Erkrankung in einer anatomischen Läsion der Herzhemmungsnerven oder ihrer secundären Centren. Die Läsion hebe die Funktionsthätigkeit derselben nicht auf, sondern hemme sie nur; die nächste Folge sei eine Dilatation der zum Kopfe führenden Blutgefässe, die namentlich in der hierzu besonders günstig gebauten glandul. thyreoid. grosse Ausdehnung annehme und so die Ursache von deren Vergrösserung werde. Letztere Ansicht werde dadurch unterstützt, dass die glandul. thyreoid. an Volumen zu- und abnehme, je nachdem die Herzaction schneller oder langsamer sei, und ferner dadurch, dass gewöhnlich in Folge der bekannten anatomischen Verhältnisse die rechte Drüse zuerst sich vergrössere. Und ebenso erkläre sich aus dem weichen retroorbitalen Bindegewebe das Auftrefen des Exophthalmus, der zudem gewöhnlich auch zuerst rechts grösser sei als links; und endlich erkläre sich der so häufige Exaltationszustand solcher Patienten aus der nach Vorstehendem nothwendig vorhandenen activen Hirnhyperämie. — Die jetzt übliche Behandlung (Jodeisen, Galvanisation, etc.) leistet nach Verf. Nichts; er bekämpft die Anfälle von Dyspnö und Herzpalpitation durch Eisbeutel auf's Herz.

Voigt (Oeynhausen).

---

191) **Warfvinge** (Stockholm): Ett fall af myxoedem. (Ein Fall von Myxoedem.) (Hygiea 1887. Nro. 3.)

Beginn der Krankheit im 19. Jahre bei einem gesunden Burschen aus gesunder Familie; kurz vor Beginn der Krankheit reichlicher Alcoholgenuss; Anfangssymptome: Müdigkeit und Schmerzen in den Knochen, vorübergehende Diplopie. Beginnende stupide Stimmungen, allmähliches Anschwellen erst der Beine, dann des übrigen Körpers,

Muskelschwäche, allmählich abnehmende Intelligenz. 3 Monate nach Beginn der Krankheit Aufnahme ins Hospital, Gesicht aufgeschwollen, ausdruckslos, starr, der ganze Körper geschwollen, jedoch nicht oedematös, Haut überall infiltrirt, verdickt, trocken, schmutzig grau, leichte Cyanose der Wangen und Lippen; Schilddrüse anscheinend ganz geschwunden. Apathische Stimmung, schwaches Gedächtniss, langsamer Gedankengang, zögernde Antworten, Sensibilität unverändert, Schlaf gut, Appetit, Stuhl und Urin normal, ebenso die Temperatur.

Therapie: täglich warme Bäder und viermal täglich Sol. arsenic. Fowl. Sehr bald trat eine fortschreitende Besserung ein, und Patient wurde mit noch leichter Anschwellung, aber kräftig und so intelligent wie vor der Krankheit, entlassen. Kurella (Ahrweiler).

---

192) **Eduard Pietrzikowski** (Prag): Casuistische Beiträge zur Behandlung der Neuralgien und besonders der Trigeminusneuralgie.

(Prag. Med. Wochenschr. 42, 44, 45, 46, 48, 49, 50 und 51. 1887.)

Verf. gibt zunächst die Krankengeschichten von 27 Fällen von Trigeminusneuralgien, seit dem Oktober 1878 in der Gussenbauer'schen Klinik behandelt. $^2/_3$ der Fälle betrafen Männer, $^1/_3$ Weiber, im Alter von 31—64 Jahren. In 5 Fällen war der ganze Trigeminus einer Seite, in 24 Fällen nur ein oder mehrere Zweige desselben von der Neuralgie ergriffen. In 16 Fällen war der 2. Ast des Quintus allein oder auch in Verbindung mit dem ersten und dritten Aste ausschliesslich Sitz der Neuralgie, in 8 Fällen war der dritte Ast isolirt befallen. Die meisten Fälle betrafen jahrelang bestehende, schwere, öfters zum Stillstand gekommene und wieder exacerbirte chronische Neuralgien und nur in einem Falle handelte es sich um eine mehrere Wochen bestehende Neuralgie des zweiten Trigeminusastes. In 22 von diesen Fällen bestand habituelle Stuhlverstopfung, so dass Verf. einen Zusammenhang zwischen den Erkrankungen der peripheren Gesichtsnerven und gewissen Störungen im Verdauungstractus anzunehmen geneigt ist. Die Behandlung war gegen die Obstipation gerichtet und bestand in Kaltwasserclysmen, feuchtwarmen Einpackungen des Abdomens, kalten Waschungen des Unterleibs, Massage, eventuell auch in kalten Abreibungen des ganzen Körpers und Dampfbädern mit kalten Douchen, 2—4—6 Wochen durchgeführt. Von den 27 Fällen wurden auf diese Weise 11 in einem Zeitraume von $1^1/_2$—8 Wochen geheilt. In 9 Fällen wurde entweder eine entschiedene Besserung des Leidens (vollkommenes Schwinden der eigentlichen Paroxysmen mit Zurückbleiben von dumpfem Schmerzgefühl, Abnahme der Anfälle) oder bedeutende Abnahme der Heftigkeit der Anfälle constatirt. In 5 Fällen fand Operation (Nervendehnung, Resection) statt, von denen 4 mit vollem Erfolge.

Die im Bereiche anderer Nerven aufgetretenen Neuralgien erstrecken sich auf 14 Fälle, 4 im Bereiche der Lumbalnerven, 9 im Gebiete der Sacralnerven, 1 Fall von Intercostalneuralgie. Neue Momente bei der Behandlung sind nicht zu verzeichnen.

Goldstein (Aachen).

---

193) **George W. Jacoby** (New-York): The traetment of neuralgias by means of intense cold. (Die Behandlung der Neuralgien mit intensiver Kälte.) (The Medic. Record 8. Octbr. 1887.)

Verf. gibt eine kurze Geschichte der zuerst von Débove angewandten Behandlung der Neuralgien mit Methyl-Chlorid Spray, beschreibt dann den betreffenden, leider ziemlich theuren Apparat, gibt genaue Vorschriften über seinen Gebrauch und die dabei zu beobachtenden Regeln und sagt dann, dass nach seinen eigenen allerdings wenig zahlreichen Erfahrungen das so gebrauchte Methyl-Chlorid ein zuverlässiges schmerzstillendes Mittel sei, das den Patienten in keiner Weise angreife. Weniger gut fielen seine Versuche mit condensirter (gasförmiger) Carbolsäure aus. Zwar erleichterte diese Behandlung gleichfalls den Schmerz, doch erfolgte Heilung der betreffenden Neuralgien in einem weit geringerem Prozentsatze, als dies von dem Methyl-Chlorid angegeben wird. — Im übrigen meint Verf., dass die durch jene beiden Mittel am leichtesten zu heilenden Neuralgien diejenigen seien, in welchen es sich um eine Erkrankung der nervi nervorum handle.

Voigt (Oeynhausen).

---

194) **Aufrecht** (Magdeburg): Einige Indicationen für die Anwendung von Chloralhydrat und Morphium nebst Bemerkungen zur Anwendungsweise. (Therapeutische Monatshefte. Februar 1888.)

Die Frage, ob im einzelnen Falle Chloralhydrat oder Morphium empfehlenswerth sei, dürfte noch nicht als geklärt anzusehen sein. Jedes der beiden Mittel hat seinen besondern Werth und kann das eine nicht immer durch das andere ersetzt werden.

Bei Pneumonie, zu der sich auf der Höhe der Krankheit furibunde Delirien und hochgradige Unruhe gesellt, hält A. die Verabreichung von Cloralhydrat für geboten. In 2 derartigen Fällen hatte er Morphium angewendet und tödtlichen Ausgang eintreten gesehen. In jüngster Zeit hat er zwei ebenso schwere Fälle mit Chloralhydrat — es wurden 3,0 resp. 2,0 gereicht — behandelt. Beide genasen. Abusus spirituos. hatte nicht bestanden.

Gegen *Delirium tremens* empfiehlt Verf. ausschliesslich die Anwendung des Chloralhydrats. Erst seit Einführung dieses Mittels kann von einer erfolgreichen Behandlung des Deliriums überhaupt die Rede sein. Das Mittel ist aber nicht in refracta dosi anzuwenden. Einzeldosen von 3,0 oder 4,0 in 25,0 Wasser und Symp. cort. Aurant. mehrere Abende nach einander, leisten die besten Dienste. — *Vor dem Zusatz von Morphium zum Chloralhydrat ist eindringlich zu warnen, diese Combination ist gefährlich.* (Dieser Ansicht kann Ref. aus eigener Erfahrung beitreten). — Bei *Eclampsia gravidarum* zeigte sich Chloralhydrat ebenfalls nützlich: desgleichen verdient dasselbe auch bei maniakalischen Geisteskranken den Vorzug vor dem Morphium. In einem Falle von Singultus, in dem Morphium nichts nützte, trat nach 3,0 Chloralhydrat Schlaf und Besserung ein.

Besonders empfehlenswerth ist das Chloralhydrat bei Schlaflosig-

keit älterer Leute. Hier ist jedoch mit kleinen Dosen, etwa 0,5 zu beginnen. —

Für die *Anwendung des Morphium* bietet sich ein grösserer Spielraum. Es ist jedoch bezüglich seiner nutzbringenden Wirkung in erster Linie zu berücksichtigen, wo das Mittel *per os* und wo es *subcutan* zu appliciren ist.

Bei Schmerzen, die von der Reizung seröser Häute (Peritoneum, Pleura, Pia mater) ausgehen ist im Allgemeinen die subcutane Anwendung vorzuziehen. Desgleichen, wenn es sich um krampfhafte und schmerzhafte Contractionen von Kanälen oder Räumen handelt, deren Wände wesentlich aus glatten Muskelfasern bestehen (Uterus, Gallenblase, Darm). Sodann eignet sich die subcutane Methode ganz besonders bei allen Neuralgieen und bei Melancholie. Während bei Psychosen mit vorwiegend maniakalischen Symptomen sich Chloralhydrat mehr eignet, verdient das Morphium wiederum den Vorzug bei melancholischen Zuständen. —

Bezüglich der Dosirung ist mit 0,01—0,015 zu beginnen bei Gallensteinkoliken, auch bei Melancholischen hat A. oft schon 0,02 zur ersten Injection verwendet. Da es sich in den vorgenannten Fällen zumeist um acute, rasch vorübergehende Zustände handelt, ist eine Gewöhnung an das Mittel nicht zu befürchten.

Der Anwendung per os bleibt noch ein beträchtliches Gebiet, bei Schleimhautaffectionen (gleichviel ob es sich um die Schleimhaut der Luftwege oder des Darmtractus handelt) ist dieser Verabreichungsmodus zu empfehlen. Bei schlafraubendem Husten der Pneumoniker und Phthisiker, beim Ulcus ventriculi, bei Diarrhöen erreicht man damit die besten Erfolge, ebenso bei Dysenterie.

Die Methode, sich eine Morphiumlösung bereiten zu lassen, um sich derselben stets bedienen zu können, ist nicht zweckmässig. Die Lösung hält sich nicht. Ausserdem ist das Lumen der Pravaz'schen Spritze sehr wechselnd, so dass man der Dosis nicht immer sicher ist. A. lässt sich Morphiumpulver von 0,02 dispensiren. Am Krankenbette lässt er sich Wasser reichen, das eben gekocht hat oder kocht es in einem Löffel über der Flamme auf, schüttet auf einen zweiten Löffel das Morphiumpulver, füllt die Spritze mit dem gekochten Wasser und spritzt nun den Inhalt derselben auf das Pulver. Durch wiederholtes Einziehen dieser Flüssigkeit und Ausstossen derselben erfolgt rasche, vollständige Lösung des Morphiums der Spritze enthält nun 0,02 etwa, und man kann nach Bedarf die Hälfte oder $^3/_4$ des Inhalts injiciren.

Bezüglich der Anwendungsweise des Chloralhydrats ist zu empfehlen, Patienten, welche an Convulsionen oder Bewusstlosigkeit, (besonders bei Eclampsie) leiden, das Mittel (etwa 3,0 in 25,0 Wasser und Syrup gelöst) vermittelst einer weichen Schlundsonde durch die Nase beizubringen. Durch Injection ins Rectum wird zu leicht ein Theil der Flüssigkeit wieder herausgepresst.

Rabow (Berlin).

195) **Frank W. Ring:** Cocaine and its fascinations, from a personal exsperience. (Cocain und sein Zauber, nach persönlicher Erfahrung).
(The Medic. Record 3. Sept. 1887.)

Verf. litt an chronischer folliculärer Pharyngitis und Muschel-Hypertrophie, so dass er Nachts nicht durch die Nase Luft holen konnte. Er gebrauchte deshalb jeden Abend etwa 3 Gramm einer 4%igen Cocainlösung, die er vermittelst Zerstäubers in die Nasenhöhlen brachte. Im 1. Monate trat danach jedesmal sofort Schlaf und die Fähigkeit ein, durch die Nase zu athmen; allmählig jedoch verlängerte sich die Pause zwischen Spray und Schlaf bis auf mehrere Stunden. Bei fortgesetztem Gebrauche fing dann auch der Appetit an sich zu vermindern. Immerhin bekam jedoch Pat., als er im weitern Verlauf mehr und mehr in eine gereizte, deprimirte, verzweifelte Stimmung gerieth, nach Cocain-Spray (täglich etwa 10 Gramm jener Lösung) jedesmal Erleichterung, ja er kam sogar unter dem einige Minuten anhaltenden Gefühle einer sich über den ganzen Körper verbreitenden Taubheit in eine heitere und glückliche Stimmung. Bald stellte sich jedoch eine auffallende geistige Trägheit und Stumpfheit ein, wobei die Körpertemperatur und Herzaction etwas stieg; auch machte sich ein leichter Kopfschmerz bemerkbar — und Alles das, obgleich Pat. die tägliche Dosis allmählig verminderte (cuculative Wirkung?). Nebenbei fand Pat. noch, dass das Cocain auch als Antaphrodisiacum wirkte. Nach 19 monatlichem Gebrauche entsagte Pat. allmählig dem Cocain, ohne dann besondere Folgen zu verspüren. Voigt (Oeynhausen).

---

196) **Hermann Knapp** (New-York): Experiments with stenocarpine the local anästhetic recently discovered by Mr. M. Goodman, V. S., and Dr. Allen M. Seward. (Experimente mit Stenocorpine, dem kürzlich von Goodman und Seward entdeckten Local-Anästheticum.)
(The Medic. Record 13. Aug. 1887.)

Verf. zieht aus den Versuchen, die er mit dem von Glaiborne und Goodman in The Medic. Record 30. Juli 1887 zuerst erwähnten Stenocarpine, dem Alcaloid aus den Blättern eines in Virginia unter dem Namen Tear Blanzet Tree (Gleditschina triacanthus) wachsenden Baumes anstellte, unter andern folgende Schlüsse: 1. Das Stenocarpine (Gleditschine) ist in seiner local-anästhesirenden Wirkung dem Cocain sehr ähnlich, doch wirkt es als Mydriaticum stärker und anhaltiger.

3. Es verdient als Mydriaticum den Vorzug von Atropin, da seine Wirkung um halb so lange anhält als die des Atropins.

3. Es macht äusserlich auf die gesunde Haut gebracht keine Anästhesie (das Gegentheil behaupten Goodman und Claiborne).

4. Kleine Dosen (4 Tropfen einer 2%igen Lösung) können vorübergehende allgemeine Symptome machen, wie Cocain (Hautblässe, kalter Schweiss, Schwindel, Schwäche. Erbrechen etc.)

5. Grosse Dosen bewirken heftige tetanoide Krämpfe, Opisthotonus, Pupillenerweiterung, Puls- und Respirations-Beschleunigung,

Prostration (Strychnin-Symptome, doch ergab Untersuchung auf etwaigen Strychnin-Gehalt negatives Resultat).

6. In die Venen eingespritzt wirkt es schnell tödtlich durch Lähmung der Respiration und des Herzens.

Voigt (Oeynhausen).

---

197) **J. Herbest Claiborne** (New-York): Gleditschine (Stenocarpine), the new local anästhetic. (The Medic. Record 1. Octb. 1887.)

Es wird die Geschichte der Entdeckung des Gleditschin triacanthos als desjenigen Baumes gegeben, von dem Goodman und Seward das Stenocarpin gewonnen, und alsdann über einige physiologische und therapeutische Versuche mit demselben berichtet. Verf. fand die Pupille des mit Gleditschin bestrichenen Auges gewöhnlich unregelmässig erweitert (Maximum der Erweiterung etwa nach 1 Stunde) die das andere oft contrahirt; dabei zeigte das bestrichene innerhalb 5 Minuten vollkommene etwa 20 Minuten anhaltend Anästhesie der Conjuctiva und Cornea, auch wurde da, wo es sich um Schmerzen in Folge von Iritis, Photophobie und Phlyctaenen handelte, wesentliche Erleichterung beobachtet (trotz sehr grosser Verdünnung ($^1/_5\%$) des Gl.). In einem Falle von Paracenthese des Trommelfells trat der anästhesirende Erfolg nicht ein; dagegen wirkte es bei Anschwellungen der Nasenschleimhaut in 2%iger Lösung intensiver und andauerender Schmerz- und Anschwellung-mildernd als Cocain. Bei Anwendung des Gl. auf die unversehrte Haut trat in einigen Fällen keine, in andern ziemlich starke Anästhesie aus. Innerlich genommen (5—30 Tropfen einer 2 procent. Lösung) machte es ein Constrictionsgefühl in der Gegend des weichen Gaumens, Gefühl des Vollseins im Kopfe, geringe Pulsabnahme, nachträgliche Depression, keine Pupillenerweiterung. Im Allgemeinen war die Wirkung grösserer Dosen nicht wesentlich anders als die der kleineren. Voigt (Oeynhausen).

---

198) **Edward F. Grün** (Putney): Antipyrin in Chorea. (The Lancet 21. Januar 1888.)

Indem G. die von anderen Seiten gerühmte Wirkung des Antipyrin gegen Chorea bestätigt, bezieht er sich namentlich auf einen ein Kind von fünf Jahren beteffenden Fall, welcher, nachdem er allen gebräuchlichen Mitteln bisher hartnäckig widerstanden hatte, nach Verlauf von drei Tagen durch jenes chemische Agens vollständig curirt wurde. Pauli (Köln).

---

199) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Ueber subcutane Methylal-Injectionen bei Delirium tremens. (Therap. Monatshefte Febr. 1888.)

Im März v. J. entschloss Verf. sich zu Versuchen auf seiner Klinik mit von Merck bezogenem Methylal. Dasselbe ist eine farblose Flüssigkeit, löslich in 3 Th. Wasser, in Alcohol, fetten Oelen, Aether. Es erinnert in seinem Geruch an Aether und Chloroform. — Bei dem hohen Preise des Mittels hielt Verf. es für zweckmässig,

dasselbe als Schlafmittel subcutan in der Dosis von 0,05—0,1 in Aq. destill. verdünnt zu versuchen. Methylal 1 wurde auf 9 Th. Aq. destill. verdünnt und davon pro dosi 1 Injectionsspritze voll (0,1 Methylal) verwendet. Es wurden in dieser Weise alle im Laufe des Jahres aufgenommene Fälle von Delirium tremens behandelt. Die betreffenden in Kürze berichteten 21 Krankheitsgeschichten, wegen welcher wir auf das Original verweisen, ergeben, dass an der günstigen Wirkung des Methylal auf den Krankheitsverlauf, speziell auf die Herbeiführung des kritischen Schlafes nicht gezweifelt werden kann. Auffällig ist Kleinheit der Dosen in der berichteten Versuchsreihe gegenüber der intern erforderlichen Dosen von 4,0, ferner das späte Eintreten des Schlafes post injectionem, der sich durchschnittlich erst nach 2 Stunden, zuweilen erst nach 4—6 Stunden einstellt.

In 6 Fällen genügte 1 Spritze zur Herbeiführung des Schlafes, in 10 Fällen 2—4 Spritzen, in 3 F. 5—8; in 2 Fällen waren 10—20 erforderlich.

Die Qualität des Schlafes war von der des physiologischen nicht zu unterscheiden. Der Schlaf war zuweilen bis zu 20 Stunden protrahirt.

Ueble Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. An der Injectionsstelle machte sich nur (bei Gebrauch der oben angegebenen Verdünnung) ein brennender, bald vorübergehender Schmerz bemerkbar.

Das Minimum der Injectionen pro die betrug 7. Nach seinen bisherigen Erfahrungen hält Verf. Methylal für das beste Beruhigungs- und Schlafmittel bei Delirium tremens.

Möglicherweise ist das M. überhaupt ein vorzügliches Beruhigungsmittel bei auf Grund von Inanition und Anaemie des Gehirns bestehenden Schlaflosigkeits- und Aufregungszuständen. Als solches hat K. es wiederholt schätzen gelernt, wo alle anderen Hypnotica ihn im Stiche liessen. — Bei hyperämischen Hirnzuständen leistet es nichts. — Auf die Herzaction wirkt es nicht schwächend ein. In Zwei Fällen, in denen bedeutende Herzschwäche bestand, wurde es gut vertragen und schien die Herzaction geradezu aufzubessern. Rabow (Berlin).

---

200) **R. Wagner** (Blankenburg i. Th.): Ueber die Elektrotherapie der Spermatorrhoe. (Berl. Klin. Wochenschr. 1887 Nro. 51.)

Auf 10 mitgetheilten Fällen von Spermatorrhoe fussend formulirt Verf. die Art der Anwendung des elektrischen Stromes bei Samenfluss folgendermassen. Der faradische Strom ist in den Fällen indicirt, deren Entstehung durch sexuelle Excesse, besonders durch Onanie, durch unmässige Ausübung des Coitus und durch allgemeine reizbare Schwäche bedingt ist. Wo es sich dagegen um einen von der Pars prostatica urethrae auf die Ductus ejaculatorii fortgeleiteten Entzündungsprocess handelt (gonorrhoische Affectionen), bei Defaecations- und Mictionspermatorrhoe ist von der localen Anwendung des galvanischen Stromes nach Erb'scher Vorschrift ein Erfolg zu erhoffen. Die Einführung der Kathode in das Rectum ist immerhin der intraurethralen Applikation vorzuziehen, indes auch nicht direct zu empfehlen.

J. Ruheman (Berlin).

---

201) **Lute L. von Wedekind:** A small point worth knowing. (Eine wissenswerthe Kleinigkeit.) (The Medic. Record 20. Aug. 1887.)

Nach Verf. kann man durch allmählich zunehmenden heftigen Druck auf die incisura supraorbital. innerhalb 1 Minute einen bewusstlos Betrunkenen ins Bewusstsein zurückzurufen, hysterische Krämpfe verschwinden machen, in manchen Fällen auch heftiges Delirium tremens beruhigen, vor Allem auch Simulanten (Trunkenheit, Ohnmachten, Lähmungen) entlarven. Wo dies nicht gelinge, handle es sich, wie ihn die Untersuchung sehr vieler Fälle gelehrt, um andere Formen der Bewusstlosigkeit, des Coma, des Deliriums, der Krämpfe. — Sind diese Beobachtungen richtig, so wäre jene Probe in der That für Gerichts-, Militair-, Hospital-Aerzte etc. namentlich in Rücksicht auf Alcoholisten und Simulanten sehr werthvoll.

Voigt (Oeynhausen).

---

202) **B. De Garmo** (New-York): The mechanical treatment of spinal irritation. (Die mechanische Behandlung der Spinalirritation.) (The Medic. Record 24. Decbr. 1887.)

Es wurden acht Fälle beobachtet, in denen es gelang, die bestehende functionelle Neurose, nachdem dieselbe eine Menge anderer Mittel widerstanden, durch Anlegung eines Supporters zu beseitigen oder doch bedeutend zu bessern. Alle Fälle zeichneten sich dadurch aus, dass durch Druck auf einzelne oder auf alle Dornfortsätze Schmerz, oft auch Erbrechen, Athemnoth, Schwindel und dergl. ausgelöst wurden. Der Stützapparat machte bei hochgradiger Empfindlichkeit der Wirbelsäulegegend anfangs Beschwerden, wurde jedoch stets schon nach wenigen Tagen ertragen und mit Vortheil benutzt. Nebenbei liess Verf. allerdings systematische und allmählig an Intensität zunehmende Muskel-Uebungen machen. Voigt (Oeynhausen)?

---

203) **Charles St. Bull** (New-York): Passive motion in the treatment of paralysis of the ocular muscles. (Passive Bewegungen zur Behandlung von Augenmuskellähmungen.) (The Medic. Record 6. August. 1887.)

Verf. hat die von Michel in den „Klinischen Monatsblättern für Augenheilkunde Novbr. 1877“ empfohlenen passiven Bewegungen der gelähmten Augenmuskeln — dieselben werden an ihrem vordern Ansatzpunkte mit einer Zange gefasst und dann das Auge rück- und vorwärts in der Richtung ihrer Contractionslinien 2 Minuten lang passiv bewegt — in 21 Fällen angewandt. Er erzielte in 8 Fällen vollkommene Heilung, in 6 Besserung, in den übrigen kein Resultat; Dazu war die Manipulation, selbst trotz Cocain, meist sehr schmerzhaft. Die in einigen Fällen folgende Blutungen und Oedeme der Bindehaut gingen allerdings schnell vorüber.

Voigt (Oeynhausen).

---

204) **Seitz:** Ueber die Bedeutung der Hirnfurchung. (Jahrb. f. Psych. VIII. Band. 3. Heft.)

Verf. kommt auf Grund umfassender Studien der einschlägigen Literatur und seinen eignen Beobachtungen zu folgenden Schlüssen:

Der allmählige Ausbau der nervösen Centralnervenorgane, in Sonderheit des Hirns in der Thierwelt bis hinauf zum Menschen ist durch Anpassung an äussere und innere Einflüsse erfolgt. Je grösser die Aufgabe, desto leistungsfähiger das Organ. Die grössere Leistungsfähigkeit desselbea wird theils durch allerfeinste Vorzüge der Construktion, theils durch einfache Grössenzunahme erreicht. Die Hirnbildung entspricht im Einzelnen der Gesammtorganisation des betreffenden Geschöpfes, d h. die einzelnen Hirnbezirke wachsen aus und gestalten sich conform den an sie gestellten nothwendigen Anforderungen.

Die grossen basalen Ganglien können letzteren durch blosse Umfangzunahme genügen, die Rindenausbreitung der Ganglienzellen jedoch passt sich der Menge der einströmenden Nervenfasern an durch Zunahme ihrer Kugelfläche, wenn nöthig, auf dem Wege der Faltung. Eine Vergrösserung der Ganglienzellenschicht der Hemisphären durch einfaches Hineintreiben von Lamellen und Fortsätzen in die weisse Substanz kommt nicht vor. Der Grund hierfür ist in Ernährungsbedingungen zu suchen. Da die Nervensubstanz, besonders die graue Rinde, in sich keine grösseren Blutgefässstämme duldet, die Zunahme der Hirnmasse aber eine entsprechende Vermehrung der Blutgefässe voraussetzt, so muss ein anderweitiger Modus der gesteigerten Ernährungszufuhr eintreten. Dies geschieht durch Vordringen der Blutleitung in die Hirntiefen, indem die netzförmige Ausbreitung der Gefässe in der Pia sich in die Hirnoberfläche einsenkt und Fortsätze nach innen schickt, von denen aus erst die feinsten Gefässe in die Hirnmasse selbst eindringen. Auf diese Weise werden die Hirnfurchen gegraben. Letztere sind demnach als Nährschlitze aufzufassen. Dass Nährschlitze und Falten der grauen Rinde gerade zusammenfallen, beruht darauf, dass die Rinde als arbeitender Kraftsammler vor Allem bester und direktester Blutzufuhr sicher sein muss. Der Ort der Hirnfurchen ist für jede einzelne Thierart von grosser Constanz und Regelmässigkeit und dem Jungen immer wieder in typischer Weise angeerbt.

Derselbe wird zunächst bestimmt von dem Ernährungsbedürfniss des Theiles, dann von der groben Hirnform im Ganzen. Letztere hängt ihrerseits wieder ab von der ganzen nervösen Organisation und von der dem Gesammtorganismus ebenfalls angepassten Schädelform. Gehirn und Schädel beeinflussen sich in ihrem Wachsthum gegenseitig, wenn auch jedes wieder eine gewisse Unabhängigkeit vom anderen in seiner Entwicklung zeigt. In ihrer Eigenschaft als Nährschlitze haben die Furchen bei Festhaltung ihres Arttypus doch eine nicht unbedeutende Variabilität hinsichtlich ihrer Lokalisation und eine gegenseitige Ersetzbarkeit. Dies gilt besonders von den Furchen der grösst-hirnigen Geschöpfe und vor Allem des Menschen. Ueber die Beziehungen von Geisteshöhe und Raçeneigenthümlichkeiten zur Hirn-

furchung lässt sich noch nichts bestimmtes angeben. Bemerkenswerth ist jedenfalls, dass unter den Thieren manche Arten mit wenigen und seichten Hirnfurchen eine höhere Intelligenz verrathen als andere, bei denen die Furchung eine viel stärkere Entwicklung zeigt. Bei tiefen Störungen in frühster Jugend oder gar im embryonalen Leben treten allerdings gröbste Missbildungen der Furchen auf. Trotz der Bildungshemmung der Hirmasse und deren Furchung und Wulstung bleibt doch stets der Typus des Menschlichen noch ausgesprochen, da die Bildungsgewalt, welche durch unmessbare Zeiträume die Art geschaffen und in den Ei- und Samenkernen sich immer wieder erneut, nicht aufgehoben ist. Reinhard (Hamburg).

---

205) **Victor Urbantschitsch** (Wien): Ueber den Einfluss einer Sinneserregung auf die übrigen Sinnesempfindungen. (Arch. f. Physiologie, herausgeg. von E. F. W. Pflüger, 42. Bd. 3. und 4. Heft.)

Nussbauer war der Erste, welcher auf die bis jetzt noch nicht erklärten sog. Doppelempfindungen resp. auf die subjectiven Farbenempfindungen nach Erregung von Gehörsempfindungen (Schallphotismen) die Aufmerksamkeit gelenkt hat.

Hierauf sind diese Farbenempfindungen sowohl als auch diejenigen, welche aus Erregung des Geschmacks-, Geruchs-, und Tastsinns (Geschmacks-, Geruchs-, und Tastsinn-Photismen) resultiren, sowie die durch Lichtempfindungen hervorgerufenen subjectiven Gehörsempfindungen (Lichtphonismen) von Bleuler und Lehmann beobachtet worden.

Um nun festzustellen, ob diese Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Sinnesempfindungen auf einem pathologischen Vorgange beruhen, stellte U. eine Reihe von Untersuchungen an, welche diese Annahme nicht bestätigen. Pauli (Köln).

---

206) **Kowalewsky** (Charkow): Ueber Perversion des Geschlechtssinnes bei Epileptikern. (Jahrb. f. Psych. VIII. Band. 3. Heft.)

Verf. erwähnt zunächst der mancherlei Analogien zwischen epileptischem Anfall und Geschlechtsakt — die nicht seltene Umnebelung des Bewusstseins auch bei letzterem, die tonische Spannung aller Körpermuskeln, die Pupillenerweiterung u. A. m. — und des Umstandes, dass Excesse in venere öfter eine hartnäckige, der Behandlung schwer weichende Epilepsie hervorzurufen im Stande sind. Dass es indess hierzu nicht einmal immer der Excesse bedarf, beweisen zwei Beobachtungen aus des V.'s Praxis, in welchen bei jungen nicht disponirten und bis dahin ganz enthaltsamen Eheleuten das eine Mal der Mann, im zweiten Falle die Frau nach dem ersten Begattungsakt an Epilepsie erkrankten.

Sodann geht er auf das eigentliche Thema seiner Arbeit über, nämlich auf die nicht seltene Combination von Perversion des Geschlechtsinnes und des Geschlechtsbedürfnisses bei Epilepsie, und erklärt sich im Einklang mit Tarnowsky dahin, dass die Aeusserungen dieser Perversion in der Mehrzahl der Fälle Symptome der Entartung dar-

stellen, in gleicher Weise, wie die Combination von Perversion des Geschlechtsinns mit sogenanntem moralischem Irresein, auf deren Vorkommen bereits Westphal aufmerksam gemacht hat.

Die Beobachtung, welche Verf. seiner Ansicht zu Grunde legt, erheischt in der That diese Auffassung. Der Fall betrifft einen 40 jährigen Bauer, der von frühster Kindheit an etwas schwachsinnig war, im Knabenalter Epilepsie bekam und nach der Pubertät den Drang zeigte, sein Geschlechtsbedürfniss an Thieren zu befriedigen. Onanie lag nicht vor, auch Neigung zum eignen Geschlecht bestand nicht. Bei dem einzigen Versuch mit einem Frauenzimmer zu cohabitiren, zeigte sich der Betr. impotent, während er sich Thieren gegenüber stets in jeder Hinsicht potent erwies. Die Einzelheiten des Falles möge man in der Arbeit selbst nachlesen.

Reinhard (Hamburg).

---

207) **Bartels** (Hildesheim): Ueber das Gehirngewicht bei Geisteskranken. (Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 44. Heft 2 und 3. 1887.)

Die Untersuchungen des Verf. haben zu folgenden Schlusssätzen geführt:

1) Sämmtliche Geisteskrankheiten bedingen eine Abnahme des Gehirngewichts.

2) Dieselbe ist abhängig a) von dem Alter der Erkrankten, b) von der Dauer c) von der Intensität der Krankheit.

a) Die Gewichtsabnahme ist am geringsten bei beiden Geschlechtern im Alter von 20—30 Jahren, am grössten beim männlichen Geschlecht von 70, beim weiblichen von 60 Jahren an.

b) Je kürzer die durchschnittliche Krankheitsdauer ist, desto geringer ist im Allgemeinen der Gewichtsverlust des Gehirns, und umgekehrt.

c) Je tiefer die Krankheit in das geistige Leben des Erkrankten eingereift und eine je geringere geistige Productionsfähigkeit derselbe zeigt, desto grösser ist der Gewichtsverlust des Gehirns, und umgekehrt

3. Die Abnahme ist beim weiblichen Geschlecht etwa um $^1/_6$ oder 1,6% grösser als beim männlichen. Kron (Berlin).

---

208) **F. D. Chrothes** (Hartford, Conn.): Mania and inabriety. (The Medic. Record 24. Sept. 1887.)

Verf. führt an der Hand verschiedener Beispiele aus, dass ein der periodischen Trunksucht Ergebener an ausgeprägter Manie leide, die unter allen möglichen Formen auftreten könne. Werde dieser Trieb zum Trinken befriedigt, so könne möglicherweise einem ernsteren Ausbruch von Geisteskrankheit und andauernder Hirnläsion vorgebeugt werden. Trunksucht sei oft ein Symptom von Geisteskrankheit: Periodisch Trunksüchtige sollten daher jedesmal auf ihren geistigen Zustand untersucht werden. Voigt (Oeynhausen).

---

209) **Hebold** (Sorau): Zur Casuistik der Psychosen bei Tabes.
(Allg. Ztschr. für Psych. Bd. 44. Heft 1. 1887.)

Verf. beabsichtigt, einen Beitrag zur Kenntniss der Psychosen zu liefern, die sich bei Tabes entwickeln ohne mit dieser Affection in innerem Zusammenhange zu stehen, die vielmehr als zufällige accidentelle Erscheinung aufzufassen sind. In dem einen Falle handelt es sich um einen 40 j. Mann, der seit seiner Jugend oft von Ohnmachten (Epilepsie) befallen war und entschiedene heftige Traumen erlitten hatte. Im Anfang der 70er Jahre entwickelte sich hier Tabes und Ende 1883 trat in Folge heftiger Gemüthseindrücke ein maniacalischer Zustand in Gestalt von wachsender Erregung, andauernder Gereiztheit mit Grössenideen, Verwirrthheit, Gehörshallucinationen, Zwangsvorstellungen auf, der allmählich abnahm, sich in leichte Depression verwandelte und schliesslich wieder völliger psychischer Gesundheit Platz machte, während die Tabes unverändert fortbestand. Der zweite mitgetheilte Fall ($34^1/_2$ j. Mann) verlief ganz unter der Form einer progressiven Paralyse mit tabischer Complication. Die Section ergab aber einen Tumor (Sarkom) im linken Stirnhirn, der von den Rindenbezirken die beiden oberen Windungen einnahm und sich unabhängig von der grauen Degeneration der Hinterstränge entwickelt hatte. Kron (Berlin).

---

210) **Haver Droeze** (Dordrecht): Krankzinnigheit en Nierziekten. (Psychosen und Nierenkrankheiten.) (Psychiatr. Bladen V. 4.)

D. sucht aus umfangreichen Literaturnachweisen darzulegen, dass Nierenaffectionen bisher sehr selten als Complicationen von Psychosen und noch seltener als Ursachen derselben beschrieben wären. In beiden Categorieen kamen sie aber gewiss häufiger vor, als man glaubte, sonst würde er nicht in die Lage gekommen sein, an seiner kleinen Anstalt in einem Jahre drei Fälle von Nephritis bei Psychosen zu beobachten.

Zwei der ausführlich mitgetheilten Fälle bieten als blosse Complicationen nur wenig Interesse; im dritten Falle fand sich bei einer subacuten Nephritis eine nur wenige Tage anhaltende hallucinatorische Verwirrtheit, mit vorwiegend elektrischen Paraesthesieen.

Kurella (Ahrweiler).

---

211) **Snell** (Hildesheim): Die Lungenschwindsucht bei Geisteskranken.
(Allg. Zschr. f. Psych. Band 44. Heft 2 u. 3 1887.)

Die Ansichten der Autoren über das Zusammentreffen von Lungenschwindsucht und Geistesstörung sind, wie S. ausführt, sehr verschieden. Verf. glaubt nach den statistischen Zusammenstellungen und seinen eigenen Erfahrungen, dass bestimmte Formen von psychischer Krankheit zur Lungenschwindsucht prädisponiren. Es sterben nämlich unter den Geisteskranken von secundär Blödsinnigen und Melancholischen am häufigsten an der genannten Affection. Unter ihnen nehmen wiederum die Kranken, welche nach Melancholie blödsinnig wurden, die erste

Stelle ein. Die Erklärung für diese Thatsache ist durch den Umstand gegeben, dass der Zustand der tiefen Melancholie oder des Stupors, in welchem die Bewegung des Körpers, die Ausgiebigkeit des Athmens und der ganze Stoffwechsel verringert wird, der Infection durch Tuberkelbacillen und der Ausbreitung derselben in den Lungen günstig ist, wozu noch die geringe Reaction der Melancholischen gegen den Hustenreiz kommt. Der Anstaltsaufenthalt ist nicht als Ursache der Tuberculose zu betrachten. Letztere entwickelt sich nicht nur nach längerer Dauer der Geistesstörung. Wie 3 mitgetheilte Krankengeschichten lehren, kann die Phthisis bei schweren Melancholien schon früh auftreten. Kron (Berlin).

---

212) **J. Ramaer** (Haalem): Psychiatrische Systematik.
(Psych. Bladen V. 4.)

Ramaer giebt als Mitglied der auf dem Antwerpener Congress 1885 ernannten Commission für die internationale Statistik der Psychosen seinen Vorschlag eines Systems der Psychosen für dies internationale Unternehmen. Den bei weitem grössten Theil der über 100 Seiten umfassenden Arbeit füllt eine Zusammenstellung zahlreicher Systeme, von Beginn des vorigen Jahrhunderts bis auf Kräpelin, und eine ganz kurze Kritik jedes dieser Systeme. Referiren lässt sich diese halb-tabellarische Uebersicht nicht. Schliesslich betont R. eingehend den Unterschied zwischen psychopathischen Formen und Processen, wendet sich gegen die Bezeichnungen „Krankheitsform“ und „Verlaufsformen“, geht die Mehrzahl der heut üblichen Krankheitsnamen auf psychiatrischem Gebiet durch verwirft die meisten als Bezeichnungen von Formen, nicht von Processen, und ordnet die seine Kritik passirenden Bezeichnungen in folgende, Tabelle an:

I. Delirium.
(febrile, toxicum, traumaticum.)

II. Processus psychopathici.

1. Insania maniaca.
2. Insania melancholica.
3. Insania paralytica.
4. Insania primaria (Primäre Verrücktheit.)
5. Insania epileptica.
6. Insania ekstatica (Stupor.)
7. Insania hallucinatoria (sensoria u. a. Hypochondrie.)
8. Insania sexualis.
9. Insania cyclica.

III. Status psychopathici.

1. Dementia.
2. Idiotia, imbecillitas.
3. Insania moralis.

IV.

Atypische, schlecht definirte Formen.

Kurella (Ahrweiler).

---

213) **Chas. W. Hitchcock** (Detroit, Mich.): Some clinical features of general paresis. (Einige klinische Merkzeichen der Dementia paralytica.) (The American Lancet Decbr. 1887.)

Es werden kurz einige der bekannten Symptome der Erkrankung an der Hand einschlägiger Fälle besprochen. Unter den hauptsächlichsten gewisse Gefahren bedingenden Symptomen hebt Verf. hervor: 1. die (gerade hier allerdings seltenen) Neigung zum Selbstmorde; 2 die Neigung planlos umherzuirren; 3. die plötzlich und heftig auftretende Tobsucht; 4. die Neigung sich Mund und Schlund mit Speisen vollzustopfen (Fall von Erstickung in Folge einer derartigen Manipulation).

Voigt (Oeynhausen).

214) **J. van Deventer** (Amsterdam): Beschouwingen over Traumatische Krankzinnigheit. (Betrachtungen über traumatische Psychosen.) (Psych. Bladen XII.)

v. D. berichtet in seiner 82 Seiten langen Arbeit über etwa 30 Fälle von Psychosen nach und bei Kopfverletzungen. Einzelne der Fälle, und zwar alle diejenigen, welche nach schwerem Trauma unter einem der Paralyse sehr ähnlichen Krankheitsbilde verliefen, sind sehr ausführlich dargestellt, andere zur skizzenhaft angedeutet. Wir sehen von einem Referate über das reiche und interessante Material mit Rücksicht auf den hier disponibeln Raum ab, referiren dagegen einige der allgemeinen Bemerkungen v. D.'s. v. D. meint, man dürfe erst nach einer sehr genauen Anamnese ein Schädeltrauma als Ursache einer bestimmten Psychose ansehen, man dürfe dabei nicht die das Trauma begleitenden Affecte, das psychische Trauma übersehen. So sah er eine Paraplegie nach einem Schlag auf den Kopf, erfuhr aber, dass Patient schon früher nach heftigem Aerger Paraplegien von kurzer Dauer bekommen hätte. Psychosen die angeblich nach Schlägen auf den Kopf von Seiten der Lehrer herrührten, entpuppten sich oft als Pubertätspsychosen schwachsinniger Individuen, die gerade als schwachsinnige besonders leicht den Unwillen des Lehrers erregen. In zwei der Fälle wurden Traumen als Ursache angegeben, während schon vor dem Trauma psychische Abnormitäten bestanden. In manchen Fällen, z. B. bei Verletzungen im epileptischen Anfall, würden Ursache und Wirkung verwechselt; ganz besonders häufig wären Schädelnarben bei geisteskranken Verbrechern; in einigen der Fälle trat nach einem Trauma eine Reihe von Hirnerscheinungen ein, während die Section meningitis tuberculosa zeigte.

Gelegentlich tritt eine Psychose anscheinend spontan, oder auf einen geringfügigen Anlass ein in Fällen, wo jahrelang vorher ein Schädeltrauma stattgefunden hat; häufig sind die Folgen eines Trauma lange Zeit nur subjective Gefühle psychischer Hemmung, oder unbestimmte Sensationen, die den Verdacht auf Simulation wecken, oder es besteht eine nur der Familie einleuchtende Aenderung des Characters, manchmal nur eine absolute Intoleranz gegen Alcohol lange Zeit als einziges Symptom.

Neben einem Trauma im engeren Sinne wirkt das Tragen schwerer

Lasten auf dem Kopfe als Krankheitsursache, es kann dabei zunächst zu palpabeln Veränderungen in der Form der ja recht elastischen Schädelkapsel kommen; anhaltende Erschütterung durch dröhnende Maschinen wirkt wohl mehr auf psychischem Wege zur Entstehung von Sensationen im Kopf, Ohrensausen und Gehörshallucinationen, während es sich bei „railway brain„ und r. spine doch wohl eher um organische Läsionen, als um Hysterie handelt.

In einem der Fälle v. D.'s war ein frühzeitig altersschwach gewordener Mann nach einem Fall auf den Kopf wieder „ganz der alte geworden", d. h. wieder intelligent und arbeitsfähig. Die Section ergab in den meisten Fällen v. D.'s nicht localisirte, sondern diffuse Affectionen der Hirnhäute; in einigen Fällen bestanden lästige Sensationen und Kopfschmerzen an von dem Ort des Traumas weit entfernten Stellen der Schädelcapsel. Kurella (Ahrweiler).

---

215) **William D. Granger** (Buffalo): The increase of the insane and some problems connected with their public care. (Die Zunahme der Geisteskranken und einige mit der öffentlichen Sorge für dieselben zusammenhängende Fragen.) (The Medic. Record 8. October 1887.)

Der Staat New-York hatte im Jahre 1870 in den verschiedenen öffentlichen Privat-Anstalten 5623

1880 9537

1886 13538 Geisteskranke und zwar kamen im Jahre 1870 1 Geisteskranker auf 779, 1880 auf 532, 1886 auf 406 Einwohner.

Als Ursachen dieser beträchtlichen Zunahme hebt Verf. besonders hervor:

1. die grosse Zahl in's Land kommender Fremden, die entweder geisteskrank sind oder in sich oder ihrer ersten Generation alle die wesentlichen Elemente zur Entstehung einer Geisteserkrankung haben;

2. die in Folge der vorzüglichen Anstaltspflege sich mehr und mehr verlängernde Lebensdauer der chronischen Geisteskranken;

3. die oft unzweckmässige oder zu spät unternommene Behandlung der noch im acuten, resp. heilbaren Stadium befindlichen Kranken;

4. die Zunahme und leichte Zugänglichkeit der Anstalten, sodass dieselben in immer weiterer Ausdehnung benutzt werden.

Des Weiteren beklagt Verf., dass man aus den Anstaltsberichten nicht sehen könne: a) ob die Zahl der acuten und heilbaren Fälle von Geisteskrankheiten im Verhältnisse zur Zunahme der Bevölkerungszahl stehe, oder unverhältnissmässig wachse und b) ob die von vornherein als chronische und unheilbare Fälle auftretenden eine gleich starke Zunahme aufweise.

Schliesslich führt Verf. betreffs der Frage, wie sich rücksichtlich jener Zunahme der Staat weiterhin zu verhalten habe, einige seiner Ansichten an: die kleinen Stadt- und Bezirksanstalten sollten möglichst eingezogen, jedenfalls staatlich streng beaufsichtigt werden; vor Allem aber seien alle acuten und heilbaren Fälle in den Staatsanstalten unterzubringen, während man mit einer Reihe chronischer und unschäd-

lichen Geisteskranken der namentlich in Schottland mit so viel Erfolg gekröntem Versuch machen solle, sie in Privatpflege zu geben.

Voigt (Oeynhausen).

III. Aus den Vereinen.

I. Wissenschaftlicher Club zu Wien.

Sitzung vom 19. Dezember 1887.
(Oestereichische ärztliche Vereinszeitung Nro. 1. 1888.)

216) **H. Obersteiner** (Wien): *Der Geisteskranke mit Rücksicht auf die öffentliche Gesundheitspflege.*

Im wiss. Club zu Wien hielt Professor Obersteiner am 19. Dezember 1887 über dieses Thema einen Vortrag.

Hauptaufgabe der öffentlichen Gesundheitspflege ist es, alle jene schädlichen Einflüsse ausfindig zu machen, welche die Gesundheit der Einzelnen, wie der Gesammtbevölkerung zu beeinträchtigen vermögen; weiterhin hat sie aber auch die Mittel anzugeben, wie diese schädlichen Einflüsse möglichst eliminirt werden können. Gegenüber den meisten Ursachen der Geisteskrankheiten stehen wir übrigens nahezu machtlos da; am ehesten liess sich noch ein Erfolg bezüglich jener Seelenstörungen erwarten, welche man als Intoxicationspsychosen bezeichnet, und die durch die Einwirkung giftiger Substanzen auf das Gehirn entstehen.

Den eigentlichen Vorwurf des Vortrages bildet aber eine andere Frage; es handelt sich nämlich darum, zu untersuchen, inwieweit und unter welchen Umständen durch geisteskranke Personen die Gesundheit anderer geschädigt werden könne, ebenso wie beispielweise auch ein mit einer contagiösen Krankheit behafteter Kranker selbst wieder als gesundheitsschädigender Factor angesehen werden darf.

Namentlich auf dreifache Weise, kann ein Geisteskranker die Gesundheit seiner Mitmenschen beeinträchtigen: 1. Durch eine der contagiösen Uebertragung im weitesten Sinne ähnliche Einwirkung. 2. Durch erbliche Uebertragung. 3. Durch directe Angriffe an Leben und Gesundheit der Anderen -- die gefährlichen Geisteskranken im engeren Sinne des Wortes.

Von einem eigentlichem *Contagium* kann natürlich bei Geisteskranken nicht gesprochen werden; findet aber eine Uebertragung einer Psychose von einer geisteskranken auf eine vorher gesunde Person statt (communicirter Wahnsinn), so muss bei letzterer eine gewisse Prädisposition vorhanden gewesen sein, ausserdem aber kommt dabei noch eine grosse Bedeutung der Imitation und Suggestion zu.

Mitunter bilden sich sehr ausgebreitete psychische Epidemien auf diese Weise heraus, welche im Mittelalter am häufigsten und ausgedehntesten (Kinderkreuzzüge, die Tanzwuth u. s. w.) waren, aber in den verschiedensten Ländern bis in die neueste Epoche hinein von Zeit zu Zeit beobachtet werden können.

Bezüglich der Bedeutung der Erblichkeit für die Geisteskrankheiten gehen die Statistiken sehr weit auseinander. Dies hat ver-

schiedene Ursachen, z. B. in den meist sehr mangelhaften anamnestischen Angaben. Ausserdem wird aber häufig zu wenig Rücksicht darauf genommen, dass eine nervöse erbliche Belastung bei verschiedenen Familiengliedern und verschiedenen Generationen in sehr wechselnder Weise zu Tage treten kann, bei dem Einen als Epilepsie, bei dem andern als Geistesstörung, oder als Neurasthenie oder gar als Genie.

Besonders unsicher ist es, mit welchem Rechte wir erwarten dürfen, dass die Kinder geisteskranker Eltern selbst geistes- oder nervenkrank werden.

Die Frage, ob ein Geisteskranker *gefährlich* sei kann auf zweifache Weise entschieden werden, entweder wissenschaftlich oder praktisch. Die wissenschaftliche Lösung ist eine einfache; die Geisteskranken stehen meist unter dem Einflusse von Motiven, welche unberechenbar sind; und beim vollkommen Blöden, triebartig handelnden, fehlen eben jene Motive, welche den geistig Gesunden abhalten von Handlungen deren Schädlichkeit sich von vornherein erkennen lässt. Aus diesem Grunde ist eigentlich jeder Geisteskranke auch gefährlich.

Vom praktischen Standpunkte aus muss aber nicht so sehr nach der Gefährlichkeit überhaupt, als vielmehr nach der grösseren oder geringeren Wahrscheinlichkeit gefragt werden, dass ein solcher Kranker Schaden anrichten werde. In dieser Beziehung kann uns die Erfahrung lehren, und jemehr Erfahrung ein Irrenarzt sammelt, um so vorsichtiger wird er, um so misstrauischer auch gegen anscheinend ganz harmlose Geisteskranke.

Zum Schlusse führt der Vortragende aus, dass auch die Geisteskrankheiten von demselben Standpunkte aus zu betrachten sind, wie die übrigen Krankheiten.

II. Société médicale des Hopiteaux zu Paris.

Sitzung am 13. Januar 1888.

217) **Raymond** hatte auf seiner Station einen Kranken mit Myelitis interstitialis „mit allen klassischen Symptomen“. Bei diesem entwickelte sich eine peripherische Neuritis symmetrisch und doppelseitig an beiden Nn. poplit. Hyperästhesie und Schmerzen im Gebiet dieser Nerven, dann Lähmung der Extensores des Fusses, schliesslich leichte Atrophie. Die Section ergab ausser der Veränderung der peripheren Nerven noch Leptomeningitis und Myelitis am Ursprung der Ischiadici.

Er protestirt in Folge dessen gegen die moderne Neigung eine grössere Häufigkeit der essentiellen Neuritis zuzulassen. Es schlössen sich sehr häufig an die Symptome der Neuritis Symptome von meningo-medullaren Veränderungen an, die allerdings sich bei der Autopsie nicht immer fänden. Das Thier-Experiment lehrt aber, dass wenn man partielle Meningomyelitiden erzeugt, diese heilen, dann einige Monate darauf Neuritiden sich auszubilden.

Rendu unterstützt den Vortragenden und erzählt einen Fall mit seit 3 Monate bestehendem acuten torticollis, welcher das Bild der von Erb beschriebenen Wurzelparalyse des plexus brachialis bot. Aber nach einiger Zeit atrophirten rapide die andern Muskeln des Arms, dann die Muskeln des andern Arms und die Rückenmus-

keln. Ausser der Neuritis bestanden nun medulläre Läsionen. Die sogenannte Polyneuritis, acut oder subacut hat fast immer ihren Ausgangspunkt von der medulla oder den Meningen.

Rohden (Oeynhausen u. Gardone-Riviera).

III. Medicinische Gesellschaft in Kopenhagen.

Sitzung vom 22. November 1887. (Hospital-Tidende 1888. Nro. 1.)

218) **Schmiegelow:** *Endocranielle Complicationen bei Mittelohreiterungen.*

I. 46 jähriger Mann, mehrjähriger sklerosirender Mittelohrcatarrh; nach einem Trauma — Schlag hinter das rechte Ohr von einer Maschinen-Pleuelstange; von da heftige Trigeminusneuralgie, kurz darauf Facialisparalyse r., ein Jahr später Stauungspapille und Neuritis optica, ungefähr gleichzeitig Auftreten eines puralenten Ohrausflusses. Resection des Proc. mastoideus ohne Erfolg, 8 Wochen später Trepanation zwischen Proc. mast. und Foramen magnum; da die Dura gesund war, keine Punction. 3 Wochen später erneute Aufmeisselung des Proc. mastoid.; dabei wurde durch eine Communication mit der hinteren Schädelgrube ein grosser epiduraler Abscess entleert; Abbruch der Operation wegen Blutung aus dem Sinus transv., fortschreitende Verschlimmerung, Phlegmonen der Temporalgegend, Tod 5 Monat nach der letzten Operation an acuter Leptomeningitis. Section zeigte purelente Schmelzung des r. Schläfelappens, zusammenhängend durch das Foramen lacerum mit einem subcraniellen Abscess.

S. nimmt an, dass eine Fractur und Blutung an der Spitze der pars petrosa und hier sich entwickelnde Eiterung Ausgangspunkt des ganzen Processes war, ein ähnlicher Fall ist bisher nur einmal beschrieben worden.

II. Bei einem 12jährigen Mädchen entwickelt sich nach einer acuten Suppuration des Mittelohrs ein grosser Epiduralabscess in der hinteren Schädelgrube; Heilung nach Trepanation uud Entleerung des Abscesses.

III. Acuter Mittelohrcatarrh bei 27 jährigem Mädchen, Auftreten von Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, verlangsamter Puls, hohes Fieber. Aufmeisselung des Proc. mast., glänzende Wirkung der Operation; 8 Tage später plötzlicher Collaps, Cyanose, Tod nach wenigen Secunden. Keine Section.

IV. Junges Mädchen, chronische Mittelohreiterung, 3 malige Aufmeisselung des Proc. mastoideus, beginnende Atrophie des Sehnerven.

Kurella (Ahrweiler).

IV. The Practitioners Society of New-York.

Sitzung vom 3. Juni 1887. (The Medic. Record 1. October 1887.)

219) **C. L. Dana:** Friedreich's disease. Dana zeigt einen Fall hereditärer Ataxie, in welchem die Patellarreflexe normal, der Nystagmus gering, zugleich Polyurie vorhanden waren.

Voigt (Oeynhausen).

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern
jede zwei Bogen stark,
Abonnement pr. Quartal
4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. 15. März 1888. Nro. 6.

Inhalt.

I. Original-Vereinsberichte. **Berliner medicinische Gesellschaft.** Von Dr. **J. Ruhemann** in Berlin. **Wolff**: Arthrektomie des Kniegelenks wegen Arthropathia tabidorum.

II. Referate und Kritiken. **Bechterew**: Die Bedeutung der Sehhügel auf Grund von experimentellen und pathologischen Daten. **Haycraft**: Geschmack. **Bruce and Mott**: Spinales Myxofibrom. **Daly**: Tumor der glandula pinealis. **Arndt**: Neubildung im Gehirn, Magenerweichung und einfaches oder rundes Magengeschwür. **Ricard**: Eine durch ein Geschoss gesetzte Schädelwunde. **Hutchinson**: Symmetrische Erkrankung der corpora striata. **Mathieu**: Tabische Diarrhoe. **Mathieu**: Infantile spastische Hemiplegie traumatischen Ursprungs. **Blocq**: Hysterotraumatische Arthralgie des Knies **Remak**: Traumatische Sympathicus-, Hypoglossus und Accessoriusparalyse. **Marina**: Elektr. Reaction der Muskeln und Nerven in einem Fall von spontaner Hypnose. **Seeligmüller**: Lehrbuch der Krankheiten des Rückenmarks und Gehirns, sowie der allgemeinen Neurosen. **Gilles de la Tourette**: Hysterie und Syphilis. **Bramwell**: Ataxie mit Verlust des Muskelsinnes. **Carter**: Retrobulbäre Incision bei Stauungspapille. **Bristowe**: Recurrirende sehr beschleunigte Herzpalpitation bei sonst anscheinend Gesunden. **Suckling**: Migräneanfälle mit temporärer Lähmung des Oculomotorius. **White**: Eigenthümliche Bewegungen bei Kindern. **Banham**: Ein Fall von Thomsen'scher Krankheit. **Ménière**: Complete Taubheit auf einem und beiden Ohren in Folge von Parotitis. **Matthes**: Fünf Vergiftungen mit Pilzen (Strychninkrämpfe). **Thompson**: Hyoscinum hydrobromatum gegen Manie. **Gürtler**: Ueber die Wirkung des Amylenhydrat als Hypnoticum. **Lemoine**: Die Temperatur in den isolirt auftretenden epileptischen Anfällen. **Bourneville et Sollier**: Anomalien in der Bildung der Geschlechtsorgane bei Idioten und Epileptikern. **Tambroni**: Paralyse mit progr. Muskelatrophie. **Hansen**: Puerperalpsychosen und puerperale Infection. **Glaser**: Ueber Zurechnungsfähigkeit. **Gauster**: Die Frage der Irrengesetzgebung in Oesterreich.

III. Aus den Vereinen. I. Verein der Aerzte in Steiermark. II. Académie de médecine zu Paris. III. Société de chirurgie zu Paris. IV. Société de Biologie zu Paris.

Preussische Ministerial-Verfügung.

I. Original-Vereinsberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

Sitzung vom 7. März 1888.

20) **J. Wolff**: *Arthrektomie des Kniegelenks wegen Arthropathia tabidorum.*

Bei einem im reiferen Alter befindlichen Schlosser entwickelte sich nach einigen leichten Traumen bedeutende Schwellung an einem

Knie. Das Gelenk verlor sehr bald seinen Halt (Schlottergelenk). Wegen Incontinentia urinae, Aufhören der Potenz, Anaesthesien, Analgesieen und Verlangsamung der Schmerzempfindung, gesteigerten Patellarreflexen wurde eine circumscripte Myelitis der Hinter- und Seitenstränge angenommen, die Gelenkaffection als neuropathische, nicht aber als tabische angesehen. Die Resection des Gelenkes, in welchem reichliche Mengen wässerigen Inhalts, Osteophyten u. s. w. gefunden wurden, verlief so gut, dass Pat. bereits 14 Tage nach derselben ohne Stützapparat weite Wege machen konnte. Das Gelenk ankylosirte und zeigte sich auch nach 9 Monaten trotz einer inzwischen aufgetretenen und geheilten Entzündung zur Zufriedenheit des Kranken gebrauchsfähig. Indem Vortr. auf die Unterschiede der neuropathischen Gelenkaffectionen von Arthritis traumatica und deformans aufmerksam macht, fordert er auf, arthropathische Läsionen öfters in das Bereich der chirurgischen Behandlung zu ziehen. Der günstige operative Ausfall wie er sich auch bisher in diesem Falle bekundet, spräche gegen die Ansicht, dass Affectionen der Vorderhornganglienzellen des Rückenmarkes die Ursache zu den Arthropathieen abgäben.

II. Referate und Kritiken.

221) **W. Bechterew** (Kasan): Die Bedeutung der Sehhügel auf Grund von experimentellen und pathologischen Daten. (Virchow's Archiv für pathol. Anatom. u. Phys. u. f. klin. Medicin. 110. Bd. pag. 102—154 und pag. 322—365. 1887.)

Ueber die Function der Sehhügel wissen wir sehr wenig; die Angaben der Autoren sind in Bezug auf die Verrichtung derselben so verschieden, wie nur möglich. Selbst ihre Beziehung zum Sehvermögen ist noch nicht völlig aufgeklärt und es bleibt noch fraglich, ob die nach Zerstörung der Sehhügel auftretenden Sehstörungen von der Verletzung der Sehhügel selbst oder der ihnen anhängenden Kniehöcker abhängen. Es ist desshalb der experimentelle Theil der Arbeit von Bechterew, welcher bekanntlich auf diesem Gebiete vielfache Versuche angestellt hat, von besonderem Interesse.

Nachdem Verf. auseinandergesezt, was er unter affectiven oder angeborenen Ausdrucksbewegungen versteht, d. h. nachdem er diese Gruppe von Ausdrucksbewegungen, die man meistens mit dem Ausdruck „Psychoreflexe“ nicht ganz glücklich bezeichnet, als eine besondere abgegliedert und als Hauptcharakteristikum das Fehlen jeglicher Willkürlichkeit hingestellt hat, gibt er gewissermassen einleitend eine Schilderung der Ausdrucksweisen der Thiergattungen, die er vorwiegend zu seinen Experimenten benutzt hat. Darauf geht er in medius res über und schildert die reflectorische Anregung complicirter Ausdrucksbewegungen an Thieren mit abgetragenen Grosshirnhemisphären. Es gelingt bei ihnen vermittelst entsprechender Reize diejenigen complicirten Bewegungsakte hervorzurufen, die von diesen Thieren im normalen Zustande zum Ausdruck ihrer Gemüths-

bewegungen und Gefühle ausgeführt werden. Die operirten Thiere antworten auf äussere Reize mit frappirender Beständigkeit durch eine bestimmte Bewegung; die betr. Erscheinungen sind also echte Reflexe, vom Willen einigermassen gehemmt. Aber die reflectorische Manifestation der Stimme sowohl als auch andere complicirte Ausdrucksbewegungen konnten nicht mehr hervorgerufen werden, wenn bei Thieren, denen die Hemisphären fortgenommen waren, eine tiefe Durchtrennung unmittelbar hinter den Sehhügeln oder in deren hinterem Abschnitt gemacht war. Nur sehr heftige, schmerzhafte äussere Reize lösten die betr. Bewegungen noch aus.

Reizung der Sehhügel durch electrische Ströme bewirkt sowohl an Thieren mit erhaltenen Hemisphären, als auch an solchen, denen letztere zuvor abgetragen sind, Bewegungserscheinungen an verschiedenen Körpertheilen, besonders an den Gliedern und Muskelgruppen, die den Thieren im normalen Zustand zu Ausdruckszwecken dienen (Bewegung des Gesichts und der Ohren, Aeusserungen der Stimme u. s. w.).

Zerstörung der Sehhügel mitsammt ihren hinteren Abschnitten bei unversehrten Hemisphären hat bei Thieren den Erfolg, dass sie ihrer willkürlichen Bewegungen vollkommen mächtig, aber unfähig sind, ihre Gefühle und Affekte durch Ausdrucksbewegung zu äussern. Nur durch schmerzhafte Reize können noch einige Ansdrucksbewegungen reflectorisch hervorgerufen werden.

Aus alledem geht hervor, dass den Sehhügeln eine hervorragende Rolle betreffs des Ausdrucks verschiedenartiger Empfindungen zukommt. Sie sind Bewegungscentren, vermittelst derer hauptsächlich die angeborenen Ausdrucksbewegungen ausgeführt werden, welche entweder unter dem Einfluss unwillkürlicher psychischer Impulse, wie bei Affekten, oder reflectorisch durch Tastreize und Reizungen anderer Gefühlsorgane angeregt werden.

Ferner gelingt es durch verschiedene Einflüsse in der Gegend der Sehhügel (Durchschneidung der Hirnschenkel, Reizung des Sehhügelgewebes oder benachbarter Hirntheile) sowohl in der Blutfüllung der Gefässe, als auch im Athemrythmus Veränderungen hervorzurufen. Auch ein Einfluss der Sehhügel auf die Secretion des Drüsengewebes des Verdauungskanals ist nicht zu bestreiten. Folglich müssen in den Sehhügeln oder in deren nächsten Nachbarschaft Centren liegen, die von Einfluss auf jene Funktionen des Organismus sind, die bei verschiedenen Seelenaffecten betheiligt oder afficirt werden. Alles deutet aber darauf hin, dass wir es hier mit einem Aggregat einzelner Centren zu thun haben, die das gemein haben, dass ihre Thätigkeit zum Ausdruck verschiedenartiger Empfindungen, Gefühle und Gemüthsbewegungen dient.

So einfach sich diese Sätze alle niederschreiben, so schwer sind sie durch das Experiment zu eruiren. Es bedarf der grössten Geschicklichkeit des Experimentators hier die Verletzungen der Nachbarschaft und dadurch die gröbsten Irrthümer zu vermeiden. In wel-

cher Weise B. operirt hat, seine Methoden etc. möge man im Original nachlesen.

Zum Schlusse versucht Verf. durch einige klinische Beobachtungen seine Theorie zu stützen. Freilich liegen hier die Verhältnisse viel complicirter, denn die Natur pflegt gewöhnlich Reizung oder Zerstörung eines Organs nicht in der Reinheit auszuführen, wie das Experiment. Ein Theil der vorgeführten eigenen und fremden Fälle (von Barlow, Romberg, Nothnagel) wird mit denjenigen operirten Thiere in Parallele gebracht, denen die psychomotorischen Regionen der Hemisphären abgetragen sind und die trotzdem noch eine ganze Reihe von psychisch bedingten, zu den Ausdrucksbewegungen zu zählenden motorischen Akte ausführen. Sie sollen als Beweis dienen, dass die Innervation der zum Ausdruck von Empfindungen und Gefühlen dienenden Muskelgruppen, unabhängig vom Willen, vermittelst eines besonderen von der Oberfläche der Grosshirnhemisphären zu den Centren der Sehhügel ziehenden Leitungsbahnensystems geschieht. Der andere Theil der Fälle betrifft solche, in denen bei Affection eines Sehhügels oder dessen Leitungsbahnen die willkürliche motorische Innervation der Muskeln vollkommen erhalten war, während die Fähigkeit, Empfindungen vermittelst mimischer Bewegungen zum Ausdruck zu bringen, eine Störung erlitten hatte (Nothnagel, Gowers, Gayet, Bechterew, Rosenbach [Petersburg]).

Am Schlusse gibt Verf. der Vermuthung Raum, dass ein Theil der Fälle von *Chorea* auf Reizung der Thal. opt. zurückzuführen sei, da ja das Thierexperiment bei Reizung der Sehhügel Bewegungen des Gesichts und der Extremitäten eintreten lässt. Namentlich in Bezug auf die Hemichorea besteht für den Verf. kein Zweifel, dass ihr als anatomisches Substrat eine Affeetion entweder des Sehhügels selbst oder des zu demselben gehörigen Fasersystems zu Grunde liegt.

Goldstein (Aachen).

---

222) **John Bèrry Haycraft:** The nature of the objective cause of sensation. Part II: Taste. (Die objective Ursache der Empfindung. 2. Theil: Geschmack.) (Brain, Juli 1887.) (vergl. Ref. 528, Jahrg. 1885 d. Bl.)

Gehörswahrnehmungen kommen durch Vibrationen der Luft, Gesichtswahrnehmungen durch Aetherschwingungen zu Stande. Der analoge Schluss, dass Gefühl, Geschmack und Geruch gleichfalls durch Vibriren einer Materie erzeugt würden, liegt nahe und ist nicht vom Verf. zuerst ausgesprochen worden, aber der Weg, den er einschlägt, um den Schluss zu beweisen, ist neu und geistreich. Gruppirt man die Elemente nach dem sogen. periodischen System je 7 Elemente nach ihrem Atomgewicht in eine wagerechte *Reihe*, so zeigt sich dass nach je sieben Elementen das achte dem ersten, das neunte dem zweiten u. s. f. ähnlich ist. Die senkrechten Reihen bilden *Gruppen*. Prüft man den Geschmack der Chloride der ersten Gruppe so findet man, dass die obersten Salze der Gruppe rein salzig schmecken, die mittleren theils salzig theils salinisch (salpetrig) theils bitter, die unteren mehr bitter und adstringirend. Die Sulphate der

zweiten Gruppe (Metalle) schwanken im Geschmacke in ähnlicher Weise zwischen sauer, süss und adstringirend. Sehr bemerkenswerthe Thatsachen ergiebt der Vergleich der Moleculargewichte der schmeckbaren Substanzen; hiernach scheint die Schmeckbarkeit im Allgemeinen an ein mittleres Gewicht gebunden zu sein, z. B. ist Wasser von 18 M. G. und Stoffe von hohem Gewicht wie Albumen, Gummi, geschmacklos. Stoffe von geringerem Gewichte lassen sich hinsichtlich ihrer Wirkung auf die Geschmacksnerven mit dem Ultraroth, schwerere Stoffe mit dem Ultraviolett vergleichen. Eine weitere Analogie bietet die Farbe der verschiedenen Salze der Metalle. Die Chlor-, Jod-, Chrom- und Arsenikverbindungen der zweiten Gruppe sind je von derselben Farbe, je höher aber das Metall in der Gruppe steht, um so mehr nähert sich die Farbennüance dem rothen Ende des Spectrums. Wie beim Sehen muss auch beim Schmecken die Qualität der Empfindung auf der Form der Wellen die die Vibration der Materie beschreibt, beruhen und „dass alle Materie sich in beständiger vibratorischer Bewegung befindet, daran zweifelt heut zu Tage Niemand“.

Matusch (Sachsenberg).

---

223) **Mitchell Bruce and Fred. Mott**: Case of myxofibroma of the fifth dorsal nerve extending on to the spinal cord. (Fall von Myxofibrom des V. Dorsalnerven der sich auf das Rückenmark erstreckte.) (Brain Juli 1887.)

Die vom linken V. Dorsalnerven in den Rückenmarkskanal gewucherte cystische Geschwulst hatte eine Länge von etwa 1 Zoll. Der Nerv war völlig zerstört, auf das Gewebe des Rückenmarkes hatte der Tumor nicht übergegriffen. Als degenerirt erwiesen sich in der Cervicalregion: Goll'sche Stränge, directe Kleinhirn- und aufsteigende Vorderseitenstränge, unterhalb des Tumors: die gekreuzten Pyramidenstränge. Die Symptome waren die einer langsam zunehmenden Compression des Rückenmarks. Hervorzuheben sind aus dem Complexe der Erscheinungen das Fehlen aller Reflexe ausser dem Plantarreflex und Verlust der Motilität des linken Beines, sowie zum Ende auch des rechten, ferner die Thatsache, dass die Sensibilität links mehr als rechts vermindert war und dass Tast-Schmerz- und Temperaturempfindung rechts in verschiedenen Höhen verschwanden.

Matusch (Sachsenberg).

---

224) **E. Daly** (Oxon): Case of recurring attacks of transiiet aphasia and right hemiplegia. Case of tumour of the pineal gland. (Fall von wiederkehrenden Anfällen vorübergehender Aphasie und rechtsseitiger Hemiplegie. Tumor der glandula pinealis.) (Brain, Juli 1887.)

Aphasia und Hemiplegia im ersten Falle waren nicht vollständig. Pat. hatte noch eine Zahl von Worten, verwechselte sie aber vielfach. Die Hemiplegie betraf mehr den Arm als das Bein und ermöglichte

noch schwache Bewegungen. Die Anfälle wiederholten sich an einem Tage oft, dauerten etwa 5 Minuten bis zu einer Stunde und schwanden ebenso plötzlich wie sie kamen, nur bei einzelnen Anfällen kehrte die Bewegung später zurück als die Sprache. In den Intervallen befand sich der 68 jährige Pat. wohl. Verf. vermuthet als Ursache Spasmen der art. foss. Sylv.

Der Tumor im zweiten Falle, ein Alveolarkrebs von 2 Zoll Länge und $^3/_4$ Zoll Breite, veranlasste folgende Erscheinungen: Plötzlicher apoplectischer Insult, dann Gang wie eines Betrunkenen. Hinterkopfschmerz, erweiterte Pupillen mit träger Reaction auf Licht und Accommodation, Nausea und häufiges Erbrechen, später Zuckungen der Muskeln der Glieder und des Rumpfes, Opticusatrophie und Taubheit beiderseits. Der Appetit wurde unersättlich. Gegen Ende der Krankheit epileptiforme Anfälle, tiefster Blödsinn. Krankheitsdauer 8 Monate. Matusch (Sachsenberg).

---

225) **Arndt** (Greifswald): Neubildung im Gehirn, Magenerweichung und einfaches oder rundes Magengeschwür. (Deutsche Med. Wochensch. 1888 Nro. 3.)

Verf. hatte vor einer Reihe von Jahren im Arch. f. Psych. einen Fall beschrieben, wo sich bei der Section eines an Tumor cerebri gestorbenen Individuums ganz frische erst im Beginn begriffene Magenerweichung nebst Auflockerung, Hyperämie und Echymosirung der Magenschleimhaut fand. Mit Rücksicht auf den Sitz des Tumor's (zwischen Pons, peduncul. cerebr. und Tuber ciner.) wurde der Befund am Magen, im Einklang mit den experimentellen Ergebnissen Schiff's, auf eine Lähmung der in den Hirnschenkeln verlaufenden sympathischen Fasern bezogen.

Jetzt ist Verf. in der Lage wieder einen ganz ähnlichen Fall anzuführen. Es handelte sich um einen 55 jährigen Arbeiter, der unter Erscheinungen starken Hirndruckes verstorben war und bei dem sich ein fast hühnereigrosser vom Unterwurm des Kleinhirns ausgehender Tumor und folgender Befund zeigte: Hyperämie, Ecchymosirung und Extravasate der Schleimhaut des Magens, des Duodenums und des Iejunums; Schwellung, Auflockerung und Zerfliesslichkeit der Magenschleimhaut, im Fundus des Magens an einigen Stellen sogenannte hämorrhagische Erosionen.

Da die Leiche unmittelbar nach dem Tode in die kalte (Februar) Leichenkammer gebracht und nach 24 Stunden secirt worden ist, können diese Veränderungen nicht postmortaler Natur sein, sie hängen vielmehr nach des Verf. Ansicht von dem Druck des Tumors auf den Hirnstock und speziell auf die die sympathischen Bahnen enthaltenen Hirnstiele ab. Das Zustandekommen der Veränderungen erklärt sich aus der hieraus resultirenden vasomotorischen und trophischen Lähmung, wodurch die Magenschleimhaut in einen Zustand geräth, der sie gegen die Einwirkung des Magensaftes widerstandsunfähiger macht.

Verf. ist geneigt, die Entstehung vieler einfacher oder runden Magengeschwüren in constitutionellen oder kachektischen Zuständen ebenfalls auf nervöse Einflüsse, wahrscheinlich reflectorischer Art, zurückzuführen. Reinhardt (Hamburg).

---

226) **A. Ricard** (Paris): A propos d'une plaie du crane par arme à feu. (Eine durch ein Geschoss gesetzte Schädelwunde.)
(Gaz. des Hop. 1888. Nro. 14.)

R. theilt den ziemlich seltenen Fall eines Mannes mit, der, als Soldat im Kriege 1870—1871 durch eine Gewehrkugel am Kopfe verwundet, im Jahre 1881 in Folge einer Fingerverletzung resp. Tetanus gestorben war.

Bei der Section fand sich in dem vollständig intacten Lobus sphenoidalis der rechten Hirnhemisphäre eine plattgedrückte und von einer dünnen, transparenten, ziemlich adhärenden Membran umhüllte Gewehrkugel, die hier über 10 Jahre gelegen und sich durch weiter nichts bemerkbar gemacht hatte, als dass jedes Jahr, besonders nach Excessen in Baccho, ein epileptischer Anfall erschien.

Pauli (Köln).

---

227) **Jon. Hutchinson**: A case which paralysis of the sphincters and incontinance of urine were together with torpid intellect, the chief symptoms of symmetrical disease of the corpora striata. (Fall, in dem Sphincterenlähmung und Incontinenz sowie Blödsinn die Hauptsymptome einer symmetrischen Erkrankung der corpora striata werden.)
(Brain, Juli 1887.)

Der Tod erfolgte im Koma unter Zuckungen im linken Arm und rechten Bein. Die innere Seite des linken corp. striat. war durch eine weiche gelatinöse Geschwulst eingenommen, die an den Ventrikel grenzte. Zwei kleinere, kirschgrosse, ähnliche Gebilde lagen etwas nach aussen vom ersten, in der weissen Substanz. Von einer erweichten Stelle der Oberfläche des rechten corp. striat. erstreckte sich ein wallnussgrosses Blutgerinsel bis zum Ventrikel.

Matusch (Sachsenberg).

---

228) **Mathieu**: Un cas de diarrhée tabétique. (Ein Fall von tabischer Diarrhoe.) (Le Progrès médical 1888. 6.)

Ein 55 jähriger Mann, der im Jahr 1867 einen Anfall von Cholera hatte, leidet seit dieser Zeit trotz aller Medication bis heute an Diarrhoe. Die Ausleerungen erfolgen 6—8—10 Mal pro Tag ohne Schmerz, ohne Tenesmus, sind gelblich flüssig und ohne jede Beimengung von Schleim. Die tabischen Erscheinungen sind sehr ausgeprägt, Kniephänomen aufgehoben, Anaesthesie der unteren Extremitäten, Romberg'sches und Argyll-Robertson'sches Phaenomen lancinirende Schmerzen.

M. hält nicht für unmöglich, dass diese eigenthümliche Localisation der Cholera zuzuschreiben ist, die noch vielleicht als Ursache der Tabes aufzufassen sei. Holtermann (Sachsenberg).

---

229) **Mathieu:** Un cas d'hémiplégie spasmodique infantile d'origine traumatique. (Ein Fall von infantiler spastischer Hemiplegie traumatischen Ursprungs.) (Le Progrès médical 1888. 2.(

Der normal und kräftig entwickelte Knabe acquirirte in 4. Jahre in Folge eines Stiches mit den feinen scharfen Spitzen einer armerikanischen Heugabel in die linke Schläfe, nach kurzer Bewusstlosigkeit eine Lähmung des rechten Armes und Beines sowie motorische Aphasie. Kein Fieber, schneller Heilungsverlauf. Nach 8—10 Tagen hatte sich die Lähmung und Aphasie zurückgebildet, doch blieb Schwäche und Unbehilflichkeit der rechtsseitigen Extremitäten bestehen; nach 2—3 Wochen Symptome von Athetose rechterseits.

M. sah den Knaben 5 Monate nach dem Unfall. Körperhaltung nach vorne links geneigt, beim Gehen Vordrängen der linken Schulter; die rechte Schulter und Arm sind nach hinten gerichtet, der Vorderarm in forcirter Pronation, die Finger gestreckt und gespreizt. An der Hand charakteristische athetotische Bewegungen: langsame Extension und Spreizen der Finger, abwechselnd mit Flexion und Zusammenballen der Hand. Die Bewegungen vollziehen sich unabhängig vom Willen und sind in der Ruhe deutlicher. Der Vorderarm wird häufig gegen die Brust bewegt, dabei ist die Hand kräftig geschlossen, der Daumen flectirt. Das rechte Bein wird nachgezogen, die Fussspitze ist nach aussen gerichtet. Ausgesprochene Tendenz des Fusses sich nach innen und dann nach aussen zu drehen, Bewegungen von Flexion der Zehen deuten auch hier die Athetose an. Keine Muskelatrophie, keine Betheiligung der Gesichts- oder Zungenmuskulatur, normale Sensibilität.

2 Jahre nach dem Trauma der gleiche Befund. Der Knabe ist in der geistigen Entwickelung etwas zurückgeblieben, die Sprache ist schwerfällig, der Kranke muss oft mitten im Satze nach dem Worte suchen.

Es handelt sich um eine traumatische Laesion der Hirnrinde in der Höhe des mittleren und unteren Theiles der Centralwindungen. Die Spitze der Gabel hat schräg von vorne nach hinten den Schädel perforirt, im Gehirn eine mehr oder weniger ausgedehnte Haemorrhagie verursacht, die eine Compression der unteren Parthie der Centralwindungen und der III. Frontalwindung und damit eine Hemiplegie und Aphasie herbeiführte. Später treten secundäre Erscheinungen auf. Degeneration der Pyramidenstränge und Athetose.

Holtermann (Sachsenberg).

---

230) **Blocq**: Arthralgie hystéro-traumatique du génou. (Hysterotraumatische Arthralgie des Knies.) (Le Progrès médical 1888. 4.)

Es handelt sich um eine 22 jährige Kranke, die Charcot in seiner Klinik vorstellte. Die Mutter der Pat. war rheumatisch und diabetisch, sie selbst hatte 3 Jahre lang an Chlorose und Menstruationsbeschwerden gelitten, machte 6 Monate vor dem Fall auf's Knie eine Pneumonie durch, litt während der Reconvalescenz an rechtsseitiger Gesichtsneuralgie mit periodischen Paroxysmen, an Erbrechen und Haematemesis. Als Hysterische erkannt und hydrotherapeutisch behandelt, bekam sie bei der ersten Douche einen Anfall, wobei sie auf's linke Knie fiel. Das Kniegelenk schwoll an, doch konnte die Kranke noch gehen. Nach Behandlung mit Jodtinctur Verschlimmerung, heftige Schmerzen, Contractur, Unvermögen zu gehen, jede Behandlung ohne Erfolg.

Der fieberlose Verlauf, die Abwesenheit jeden Geräusches im Gelenk bei der Narkose, die Unwirksamkeit jeder Behandlung, die Anwesenheit ferner von andren hysterischen Symptomen: Anfälle von Bewusstseinsverlust mit Spasmus der Lippenmuskulatur und Zuckungen des Kopfes, Parese und Anaesthesie des linken Armes, linksseitige Ovarie, Anaesthesie des Pharynx, Einengung des Gesichtsfeldes links, rechtsseitige Amaurose, das Bestehen einer hyperaesthetischen Zone am Rücken in der Gegend des 3.—6. Brustwirbels, deren leichte Berührung Prodrome eines Anfalls hervorrufen, liessen Charcot die Diagnose auf hysterische Arthralgie stellen. Das linke Bein war völlig anaesthetisch mit Ausnahme der Kniegelenksgegend, am Fuss war der Muskelsinn aufgehoben, die Extremität stand in Contractur und war paretisch. Das Kniegelenk war hyperaesthetisch, geschwollen, geröthet und heisser wie das rechte; letztere Erscheinungen erklärt Charcot als Kunstproduct, verursacht durch die topische Behandlung mit Jodtinctur, Vesicantien, Gypsverband etc., die eine erythematöse und ekzematöse Hautentzündung hervorgerufen haben, die mit einer organischen Laesion des Gelenks nichts zu thun hat. Der Hypnose ist die Kranke nicht zugänglich.

Charcot warnt zum Schlusse vor der Annahme von Simulation in ähnlichen Zuständen, zu der Aerzte, denen die hysterischen Erscheinungen nicht geläufig sind, leicht gelangen können.

Holtermann (Sachsenberg).

---

231) **E. Remak**: Traumatische Sympathicus-, Hypoglossus und Accessoriusparalyse. (Berl. Klin. Wochenschr. 1888 Nro. 7.)

J. Israel entfernte bei einem 57 j. Manne ein gänseeigrosses, untrennbar mit dem N. sympathicus verwachsenes Cavernom unter Resektion eines 5—6 cm. langen Stückes dieses Nerven. Einige Monate später zeigte Pat. rechtsseitige Ptosis sympathica, Parese des r. M. dilatator pupillae, Temperaturdifferenz der beiden Kopfhälften — im linken äusseren Gehörgange war eine Temperatur von 35,8° C. im rechten eine solche von 36,7° C. vorhanden —, verminderte

Schweisssekretion der r. Gesichts- und Kopfseite, rechtsseitige Hypersalivation, hiergegen keine stärkere Injection der Conjunctivalgefässe, keine ophthalmoskopisch feststellbare Erweiterung der Gefässe in dem Augenhintergrunde. Trophische Störungen der Haut und Knochen, namentlich Hemiatrophie, abnorme Pigmentirung wurden nicht bemerkt. Schwerere Kopfschmerzen und migräneartige Anfälle fehlten durchaus. Die herausgestreckte Zunge wich nach rechts ab. Bei intakter Geschmacksperception und gut erhaltener Sensibilität zeigten die rechtsseitigen Zungenmuskeln einschliesslich des Genioglossus Unerregbarkeit durch den faradischen Strom und qualitative Veränderungen bei der galvanischen Reizung. Die Ansa Hypoglossi (Mm. omohyoideus, sternohyoideus und Sternothyreoideus) war gelähmt. Ferner bestand Posticuslähmung, welche von der operativen Läsion des Accessorius am Foramen jugulare herrührte und somit zu dem Claude Bernard'schen Thierexperiment von der Ausreissung des inneren Accessoriusastes aus dem Foramen ingulare ein unfreiwilliges aber ausgezeichnetes Analogon bildete. Von der Verletzung des äusseren Accessoriusastes rührte die Parese des rechtseitigen Sternocleidomastoideus und Cucullaris her, deren Degeneration durch die Herabsetzung der direkten und indirekten faradischen Erregbarkeit und durch galvanomusculäre Entartungsreaktion zu constatiren war. Die entstellende Drehung der Scapula mit dem Acromion nach aussen und unten, mit dem unteren Winkel nach innen eine Lageveränderung, welche durch Lähmung der an der äusseren Hälfte der Spina scapulae und dem Acromion ansetzenden Partieen des Cucullaris bewirkt wird, trat hier nicht ein, weil wahrscheinlich bei der Operation die aus den 2—4 Cervicalnerven stammenden motorischen Cucullarisäste nicht verletzt waren. Die Accessoriuslähmung erwies sich als reparabel. J. Ruhemann (Berlin).

---

232) **Marina** (Triest): Elektr. Reaction der Muskeln und Nerven in einem Fall von spontaner Hypnose. (Rivista speriment. XIII. 2.)

Eine 24 jährige Hysterica zeigt nach mehreren hypnotischen Sitzungen eine Neigung zu spontaner Hypnose; besonders gewisse musculäre Phänomene treten erst in künstlicher Hypnose, dann im wachen Zustande auf. Die elektrische Untersuchung der betr Muskelgebiete ergab, dass gewisse Eigenthümlichkeiten der elektr. Reaction nicht in allen Muskeln, und nicht constant und in den betr. Muskeln nicht ganz gleichmässig auftraten; im wesentlichen fielen die Aenderungen der electrischen Erregbarkeit mit denen zusammen, die bisher bei der Thomsen'schen Krankheit nachgewiesen sind; (langes Fortbestehen der Contraction nach Aufhören des Reizes — myotonische Zuckung); ferner gesellte sich aber hierzu eine constante erhöhte Erregbarkeit für elekt. Reize jeder Qualität in denjenigen Muskeln, die sich bei schwachen Strömen am deutlichsten tonisch contrahirten.

Kurella (Ahrweiler).

---

233) **Ad. Seeligmüller:** Lehrbuch der Krankheiten des Rückenmarks und Gehirns, sowie der allgemeinen Neurosen. (Braunschweig, Verlag von Friedrich Wreden 1886—1887.)

Die Wreden'sche Sammlung kurzer medizinischer Lehrbücher ist um ein ausgezeichnetes Werk bereichert worden. Auf Einzelheiten können wir an dieser Stelle nicht eingehen — bei einem Lehrbuche findet sich je nach der Auffassung des Einzelnen hie und da etwas auszusetzen. Es ist aber richtiger, das Gesammte in's Auge zu fassen und da muss man sagen, dass Verf. seinen Gegenstand ausführlich, klar und für Jedermann verständlich bearbeitet hat, ganz dem Charakter eines Buchs für Aerzte und Studirende angemessen. Eine allgemeine Uebersicht über Bau und Function des Cerebrospinalsystems macht den Anfang, dem die Krankheiten des Rückenmarks, des verlängerten Markes und Gehirnes folgen. Das am Schlusse angefügte Literaturverzeichniss weist 298 Nummern für den ersten und 700 für den zweiten Band auf. Die lebhafte, frische, flotte Schreibweise, welche nach dem Vorworte einigen Beurtheilern des I. Bandes nicht völlig behagt haben soll, macht nach *unserer* Meinung das Werk besonders werthvoll, namentlich für die Studirenden, welche ohnehin genugsam mit „trockener" Lektüre sich abzugeben haben. Möge das Buch die Verbreitung finden, die es in reichem Masse verdient.

Goldstein (Aachen).

---

234) **Gilles de la Tourette:** Hystérie et syphilis. De l'influence d'une maladie ou d'une intoxication antérieure sur le mode de localisation et sur la forme des accidents hystériques. (Hysterie und Syphilis: Ueber den Einfluss einer Erkrankung oder einer vorhergehenden Intoxication auf die Localisation und die Art der Symptome bei nachfolgender Hysterie.) (Le Progrès médical. 1887. 51.)

Bei einer Krankenvorstellung in seiner Klinik nahm Charcot Veranlassung auf die Erscheinungen der Hysterie im Anschluss an vorausgegangene luetische Infection aufmerksam zu machen und hervorzuheben, dass Schädlichkeiten die den Organismus treffen, seien dieselben durch anderweitige Erkrankungen, durch Trauma oder irgend welche Intoxication, gleichviel ob alkoholischen, saturninen oder luetischen Ursprungs, hervorgerufen, die Gelegenheitsursache bilden können, durch welche die Hysterie bei beanlagten Individuen zu Tage tritt. Wenn nun auch diese verschiedenen schädigenden Momente, sobald in ihrem Gefolge Hysterie auftritt, auf die Localisation und die Form der einzelnen Symptome modificirend einwirken können, so wird doch das Krankheitsbild der Hysterie an sich nicht verändert, so dass man von einer Alkohol-, Blei-, luetischen oder traumatischen Hysterie als besonderen Formen nicht sprechen kann.

Der 28jährige Kranke hatte im Alter von 18 Jahren Lues acquirirt, die lässig behandelt war. Am 1. Januar 1884 fiel er plötzlich um und war bewusstlos. Rechtsseitige Hemiplegie und Hemianaesthesie mit Contractur der Arm- und Beinmuskeln und der Zunge, die fest gegen die rechten Backzähne angedrückt war. Nach einigen

Tagen nächtliche Kopfschmerzen, etwas später epileptiforme Convulsionen. Nach sorgfältiger antisyphilitischer Behandlung wurde die Lähmung etwas gebessert aber nicht gehoben, daswischen traten noch zweimal apoplectiforme Anfälle auf, die Kopfschmerzen persistirten.

Die mit Hemiplegie verbundene complete Hemianesthesie, der Spasmus glosso labialis, die in der Zwischenzeit aufgetretenen Convulsionen, die mit starker Hyperästhesie der Kopfhaut verbundene Cephalalgie, die Wirkungslosigkeit der antisyphilitischen Behandlung liessen Charcot den Zustand als durch Hysterie bedingt auffassen, zu deren Entstehung die Syphilis bei dem hysterisch beanlagten Individuum den günstigen Boden schuf und auf die Localisation sowie die einzelnen Symptome der Erkrankung bestimmend einwirkte.

Holtermann (Sachsenberg).

---

235) **Byrom Bramwell:** A case of ataxy with loss of muscular sense. (Fall von Ataxie mit Verlust des Muskelsinnes). (Brain, Juli 1887.)

Tabes von achtjähriger Dauer, hochgradige Coordinationsstörung und totaler *Verlust des Muskelsinnes* in den unteren Extremitäten, während die *Tastempfindung* daselbst keine oder sehr geringe Einbusse zeigt. Erhöhte Empfindlichkeit für Kälte und für Schmerz in denselben Theilen. Dilatation der Aorta thoracia, Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels. Matusch (Sachsenberg).

---

236) **Brudenell Carter:** On retrobulbar incision of the optic nerve in cases of twellen disc. (Ueber retrobulbäre Incision bei Stauungspapille.) (Brain, Juli 1887.)

Die von de Wecker zuerst vorgeschlagene Operation empfiehlt Verf. mit einer im Original nachzulesenden Modification nicht blos für die Fälle von chronischer Stauungspapille, die mit starker Schwellung einhergehen und erst spät zu Atrophie und Neuritis führen, sondern auch für die acut verlaufenden bei denen die ophthalmoscopisch wahrnehmbare Schwellung der schnellen Veränderung des Nerven nicht entspricht. Matusch (Sachsenberg).

---

237) **John Bristowe:** On recurrent palpitation of extreme rapidity in persons otherwise apparently normal. (Recurrirende sehr beschleunigte Herzpalpitation bei sonst anscheinend Gesunden.) (Brain, Juli 1887.)

Diese, wie er betont, selten beschriebene Erscheinung hat Verf. an 9 Fällen beobachtet. In den meisten trat sie anfallsweise auf, in einzelnen war sie anhaltend, doch trat auch in den ersten eine Tendenz zu Tage, continuirlich zu werden. Die Anfälle kamen plötzlich ohne Vorboten und endeten ebenso schnell, die Dauer schwankte zwischen Minuten, Stunden und Wochen, die Pulsfrequenz in den einzelnen zwischen 180 und 300 in der Minute. Als Entstehungsursache gilt dem Verf. in erster Linie körperliche und geistige Ueberanstrengung. Hysterische Erscheinungen fanden sich bei den Patienten, grösstentheils Männer, nicht, ebensowenig Exophthalmus, nur bei einer Frau

struma; gegen die Annahme Basedow'scher Krankheit spricht überdies die ungewöhnlich hohe Pulsfrequenz und der intermittirende Character der Palpitationen. Auffallend war bei vielen Kranken die geringfügige Störung ihres Allgemeinbefindens während der Anfälle, die meist nur in Kurzathmigkeit, leichter Schwäche und lästigen praecordialen Sensationen bestand und sie nicht hinderte, ihre gewohnte Lebensweise fortzuführen. In einem Falle kamen Anginaartige Beschwerden vor, zwei Kranke hatten während des Anfalles grosse innere Unruhe und Drang zu körperlicher Arbeit. Herzfehler liessen sich nur bei einigen nachweisen und Verf: hält sie für die Folge, nicht für die Ursache der Functionsstörung, denn als *reine Neurose* fasst Verf. den Symptomencomplex auf. Die Prognose ist im Allgemeinen nicht günstig, doch kann das Leiden viele Jahre lang stillstehen, selbst gelengentliche Besserung zeigen. Digitalis allein oder in Verbindung mit Eisen und Strophantus erwiesen sich von Nutzen.

Matusch (Sachsenberg).

---

238) **C. W. Suckling**: Migraine attacks followed by temporary paralysis of the third nerve. (Migräneanfälle mit temporärer Lähmung des Oculomotorius.) (Brain, Juli 1887.)

Bei einem 18 jährigen Handwerker bestand anfallsweise auftretender Kopfschmerz seit der Kindheit. Vor 4 Jahren wurden die Anfälle häufiger, seit 2 Jahren stellten sie sich regelmässig alle 14 Tage ein. Der Anfall beginnt mit Schmerz über der linken Augenbraue, *Salivation*, Frösteln, geht mit völliger Schlaf- und Appetitlosigkeit einher und endet nach 48 Stunden. Der Schmerz über dem Auge bleibt bestehen, die Kopfhaut ist während des Anfalls äusserst empfindlich. Erbrechen stellt sich nicht ein nur ein unangenehmer Geschmack im Munde. Die Oculomotoriuslähmung links complicirte in verschiedenen Graden nur die schwersten Anfälle in dem Stadium, wo der Kopfschmerz nachliess, und verschwand langsam in einigen Tagen bis zu einer Woche nach dem Anfall. Die Sehfähigkeit des Auges war nicht verändert. Guarana linderte und kürzte die Anfälle erheblich.

Matusch (Sachsenberg).

---

239) **Hale White**: Two cases of peculiar movements in children. (Zwei Fälle von eigenthümlichen Bewegungen bei Kindern.)

(Brain, Juli 1887.)

Im ersten Falle (14 jähriger, gut entwickelter, intelligenter Knabe) bestanden gelegentliche unwillkürliche langsame Bewegungen der Finger und Arme, besonders rechts, seit der Geburt (Zangengeburt), die sich bei Beobachtung und bei intendirten Bewegungen steigern. Auch Gesicht und rechtes Bein sind zeitweise betheiligt, die Sprache ist deshalb unregelmässig und stossweise, der Gang gestört, beim Schreiben hält Pat. die rechte Hand mit der linken fest. Alle Kurversuche waren bisher vergeblich.

Der zweite Fall betrifft einen 10 jährigen epilepsie-belasteten Knaben. Vor einem Jahre trat mit Unwohlsein Zittern beider Hände

auf, das nach einem halben Jahre wiederkehrte. Die gegenwärtigen Erscheinungen sind geringer horizontaler Nystagmus rechts beim Blick nach oben, rechtsseitige incomplete und unbeständige Facialisparese, Contractionsstellung und Rigidität der rechten oberen Extremität, unregelmässige Zuckungen derselben, vorzugsweise im Ellenbogengelenk, die sich etwa 12 mal wiederholen und dann für einige Minuten aufhören, aber continuirlich sind, wenn der Kranke sich beobachtet sieht. Die Contraction lässt sich überwinden und die Muskeln sind für einige Zeit schlaff. Der frühere Zustand stellt sich indess rasch wieder ein. Im linken Arm zeigen sich zuweilen choreiforme Bewegungen. Der rechte Fuss und dessen Zehen werden im Liegen stark extendirt gehalten, das Bein beim Gehen leicht geschleudert und weniger benutzt. Rechts fehlt das Kniephänomen. Matusch (Sachsenberg).

240) **French Banham**: Case of Thomsen's disease. (Ein Fall von Thomsen'scher Krankheit.) (Brain Juli 1887.)

Der mitgetheilte Fall unterscheidet sich von dem gewöhnlichen Krankheitsbilde durch den Mangel an Erblichkeit und durch das electrische Verhalten der Muskeln, insofern sich das Phänomen der rhythmisch wellenförmigen Contraction bei keinem Muskel auslösen liess. Nur beim vastus internus wurde während der Application des faradischen Stromes Alterniren von Contraction und Erschlaffung beobachtet.

Von Interesse ist noch, dass die Erkrankung des jetzt 18 jährigen Patienten sich erst vor 6 Jahren mit allmählichem Beginn einstellte. Wesentliche Verschlimmerung bis zu dem noch gegenwärtig bestehenden Grade soll durch Schwimmunterricht vor 2 Jahren eingetreten sein.
Matusch (Sachsenberg).

241) **E. Ménière** (Paris): Surdités unilatérales et bilatérales completes à la suite des oreillons. (Complete Taubheit auf einem und beiden Ohren in Folge von Parotitis.) (Gaz. des Hôp. 1888 Nro. 24.)

Nachdem M. vier jugendliche Individuen betreffende Fälle von Mumps, welcher je 2 mal von einseitiger und doppelseitiger Taubheit gefolgt war, mitgetheilt hat, knüpft er hieran folgende Bemerkungen:

Der Entstehungsmodus dieser Consecutivzustände entzieht sich wegen ihres seltenen Vorkommens vollständig unserer Kenntniss, jedoch steht anzunehmen, dass sie auf Hyperämie der Meningen resp. auf schweren Läsionen des N. acusticus beruhen, um so mehr als in einem der obigen Fälle heftige, an Meningitis erinnerde Kopfschmerzen vorhanden waren und mit deren Nachlass doppelseitige Taubheit auftrat.

Die Frage ob erbliche Anlage unter solchen Umständen eine Rolle spielt, bleibt, da die von M. nach dieser Richtung hin angestellten Forschungen negativ ausfielen, unentschieden. Pauli (Köln).

242) **Matthes** (Obornik): Fünf Vergiftungen mit Pilzen (Strychninkrämpfe). (Berl. Klin. Wochenschr. 1888. Nro. 6.)

M. beobachtete bei 5 Personen eine sich wie Strychninintoxication verhaltende Vergiftung durch Theile des gewöhnlichen Fliegenpilses

(Amanita rubescens), welche verschiedenen essbaren Pilzen beigemengt waren. Unter den Vergifteten befanden sich ein 10 j. Knabe und ein Säugling von 6 Monaten. Neben tiefem Coma, Respirationsschwäche, Palor faciei, kaltem Schweiss, Pupillenerweiterung zeigten sich in Zwischenräumen von 8—10 Minuten etwa 2 Stunden lang tonische Krämpfe, die entweder spontan oder bei Berührung, Erschütterung u. s. w. auftraten. Es wurden Brechmittel gereicht, die bei allen wirkten, Drastica und subcutane Aetherinjectionen angewandt und mit Ausnahme des kleinen Kindes Eis auf den Kopf applicirt. Es trat bei allen nach einigen Stunden Besserung und bald Genesung ein. Aus naheliegenden Gründen konnten hier zur Verhaltung drohender Herzparalyse Strychnininjectionen nicht gemacht werden. J. Ruhemann (Berlin).

---

243) **George Thompson** (Bristol): On the use of hydrobromate of hyoscine in the traetment of recurrent and acute mania. (Hyoscinum hydrobromatum gegen Manie.) (The Lancet. 4. Febr. 1888.)

Von mehreren Seiten auf die vorzügliche sedative und somnifere Wirkung des Hyoscinum hydrobromat um und auf dessen günstigen Einfluss auf maniakalische Zustände aufmerksam gemacht, hat Th. dasselbe, sowohl bei Männern als bei Frauen, in der Dosis von 0,001—0,002 pro die in Anwendung gezogen und hiernach Beruhigung des Gemüths und einen Schlaf, aus dem der Kranke leicht erweckt werden konnte und in den er ebenso leicht wieder verfiel, sowie in zweiter Linie eine Abschwächung der hervorstehendsten Symptome der fraglichen Zustände beobachtet.

Zu gleich befriedigenden Bedingungen führte der interne Gebrauch dieser Drogue da, wo in Folge allgemeiner Paralyse neben trockener Haut und theilweiser Urin-Suppression Unruhe vorhanden war, sowie da, wo die Manie offenbar in einer organischen Störung des Gehirns (Mania senilis) ihren Grund hatte. Pauli (Köln).

---

244) **F. Gürtler** (Königsberg i. Pr.): Ueber die Wirkung des Amylenhydrat als Hypnoticum. (Berl. Klin. Wochenschr. 1888 Nro. 6.)

H. besätigt die günstigen Angaben von Mering und Avellis über die schlafbringende Wirkung des Amylenhydrat, welches Verf. dem Chloralhydrat noch vorzieht, weil jenes das Herz unbeeinflusst lasse. Zur Erzielung eines tiefen, die Nacht durchdauernden Schlafes genügen 3,5 Gr. in wässeriger Lösung oder in Pfefferminzwasser; bei Kindern unter 1 Jahre reichen 0,2 Gr. aus, bei älteren bis zu 10 Jahren steigt er zu Dosen von 0,6 Gr.. welche er in Pillen oder Kapseln ordinirt und in Milch oder Schleim nehmen lässt. Schädlicher Einfluss auf Circulation und Athmung wurde nicht bemerkt, vereinzelt zeigten sich Kopfschmerz, Schwindel und Benommenheit. Unter den Fällen, wo das Mittel mit günstigem Erfolge zur Anwendung kam, heben wir solche von chronischem Alcoholismus Encephalomalacie, Morphinismus, Epilepsie, Apoplexie, Rheumatismus muskularis, Tabes dorsalis hervor; bei Tussis convulsiva war der Erfolg ein durchaus wechselnder.

J. Ruhemann (Berlin).

---

245) **Lemoine** (Lille): De la température dans les accés isolés d'epilepsie. (Die Temperatur in den isolirt auftretenden epileptischen Anfällen.) (Le Progrès médical 1888. 5.)

L. bestätigt im Gegensatze zu Witkowski die Beobachtungen Bourneville's, nach dessen Angaben auch die isolirt auftretenden epileptischen Anfälle mit einer Temperaturerhöhung von 0,1—1,4 Grad verbunden sind. Er stützt seine Ausführungen auf ein Material von 182 Beobachtungen in dem Asyl von Armentières; eine Tabelle ist beigefügt. Die Temperatur wurde im Rectum und zwar nach Bourneville's Vorgange während der stertorösen Periode des Anfalls, eine Viertelstunde und 2 Stunden nach demselben gemessen. L. kam zu denselben Resultaten wie B.; die Temperatur stieg im Anfall, war nach $^1/_4$ Stunde im Mittel um 2 Zehntel gesunken, befand sich nach zwei Stunden auf dem normalen Stand und nur in einigen Fällen etwas unter demselben. Als einzelne Besonderheiten hebt L. hervor: In der Mehrzahl der Fälle war die Temperaturerhöhung gering, sie schwankte zwischen 0,1—1,5°, selten überschritt sie 39°, während des Anfalls; in letzteren Fällen blieb sie erhöht und schwankte auch noch nach 2 Stunden um 38,2 herum. In einzelnen Fällen fand sich eine sehr niedrige Temperatur 36,4, 36,6 während des Anfalls, doch sank auch diese innerhalb $^1/_4$ Stunde um einige Zehntel Grade und blieb nach 2 Stunden auf dieser Höhe. Genauere häufiger wiederholte Messungen ergaben dann, dass die betreffenden Individuen überhaupt eine subnormale Körpertemperatur hatten, eine Steigerung also im Anfalle doch stattfand. Zuweilen kam es vor, dass dieselben Kranken in den verschiedenen Anfällen sehr verschiedene Temperaturerhöhungen zeigten; auch sank bei einigen die im Anfall gesteigerte Temperatur binnen $^1/_4$ Stunde sehr schnell um 1 Grad und mehr.

Holtermann (Sachsenberg).

---

246) **Bourneville et Sollier**: Des anomalies des organes génitaux chez les idiots et epileptiques. (Anomalien in der Bildung der Geschlechtsorgane bei Idioten und Epileptikern.) (Le Progr. médic. 1888. 7.)

Die Untersuchungen erstrecken sich auf 728 Idioten und Epileptiker, welche letztere mehr oder weniger imbecill und dement waren. B. theilt dieselben in zwei Categorien, je nachdem sie das Alter der Pubertät erreicht haben oder nicht, also im Mittel unter oder über 13 Jahre alt sind, ein Zeitpunkt, der von normal entwickelten Individuen genommen ist, für die Idioten aber häufig nicht zutrifft. In die erste Categorie gehörten 172 Idioten und 333 Epileptiker, in die zweite 164 Idioten und 59 Epileptische.

Im Ganzen fanden sich unter 728 Individuen 262 Missbildungen der Genitalorgane, die sich im Einzelnen folgendermassen vertheilten. Von 172 Idioten der ersten Abtheilung boten 55 also 31,97% Missbildungen dar und zwar: 19 Phimosen, 6 Hypospadien der Glans, 2 des Penis, 10 Hodenatrophien (5 rechts- 5 linkseitig), 7 doppelseitige Hodenatrophien, von der Grösse einer Bohne bis zu der einer kleinen Nuss, 3 rechtsseitige, 2 linksseitige und 10 doppeltseitige Ec-

topien des Hodens, 1 congenitale und eine nicht congenitale linksseitige Inguinalhernie, 2 linksseitige Varicocelen und 4 Fälle, in denen der Penis eine eigenthümliche Glockenklöppelform darbot.

Die 333 Epileptiker der I. Gruppe wiesen in 74 Fällen = 22,22% Bildungsanomalien der Geschlechtsorgane auf und zwar: 27 Phimosen, 6 Hypospadien, 21 linksseitige, 1 rechtsseitige und zwei doppelseitige Varicocelen, 13 Hodenatrophien (8 links, 5 rechts), 9 doppelseitige Hodenatrophien, 5 doppelseitige, 2 links- und 1 rechtsseitige Ectopie des Hodens, 4 rechtsseitige Inguinalhernien, 1 Fall von Varicen des Penis und 2 Fälle von keulenförmiger Bildung desselben. Bei den Idioten der zweiten Gruppe — unter 13 Jahren — kamen auf 164 Individuen 91 mit den gedachten Anomalien 55,40%, die sich vertheilen: 41 Phimosen, 3 Hypospadien, 9 doppelseitige, 3 rechts- und 1 linksseitige Hodenatrophien, 6 rechts- und 8 linksseitige Hodenectopien (in 7 Fällen war es unmöglich den Hoden irgendwo zu fühlen), 48 doppeltseitige Hodenectopien (in 39 Fällen ist Hode nicht zu fühlen), 2 Fälle von Missbildung des Penis in Glockenklöppelform.

Die Epileptiker der zweiten Gruppe zeigten die erwähnten Anomalien bei einer Anzahl von 59 Individuen in 40 Fällen 67,79%: 13 Phimosen, 13 doppeltseitige und 4 einseitige Hodenatrophien, 5 rechts- 1 links- und 15 doppeltseitige Hodenectopien, 1 Fall von Glockenklöppelform des Penis. Der auffallend höhere Procentsatz an Missbildungen bei den epileptischen unter 13 Jahren 67,79%, gegen 22,22% der im höheren Alter stehenden, erklärt sich nach B. dadurch, dass unter den Letzteren bei einer grossen Anzahl von Individuen die Epilepsie erst zwischen dem 10.—20. Lebensjahre auftrat und die geistige Schwäche bedingt, während die Entwickelung schon bedeutend weiter vorgeschritten war als bei denen der II. Gruppe, die theils von Geburt an epileptisch waren, theils im frühen Kindesalter die Epilepsie erwarben, die dann sowohl in physischer als in psychischer Hinsicht ihre entwicklungshemmende Wirkung entfalten konnte.

Die Verf. ziehen aus ihren Beobachtungen folgende Schlüsse: Bei Idioten und imbecillen Epileptikern kommen Missbildungen der Genitalorgane in bedeutend häufigerem Grade vor wie bei normalen Individuen. Epileptiker, die diese Erkrankung erst in einem bestimmten Alter, nachdem die körperliche Entwickelung einen gewissen Grad erreicht hat, erwerben, zeigen diese Missbildungen seltener wie die einfachen Idioten.

Die Hodenatrophie scheint rechts wie links ziemlich gleichmässig aufzutreten, doch ist die letztere Seite die bevorzugtere, was auch der Ansicht der meisten Autoren entspricht.

Die im Gefolge der Epilepsie auftretende psychische und intellectuelle Degenerescenz scheint von Einfluss auf das Vorkommen der Varicocele zu sein, da dieselbe bei nicht epileptischen Idioten kaum angtroffeen wird.

Individuen, die im ersten Kindesalter epileptisch werden, lassen die Entwicklungshemmung des ganzen Organismus in bedeutend höherem Grade hervortreten als solche, die dieselbe erst in späterem Lebens-

alter erwerben. Diese Entwicklungshemmung tritt vorzugsweise in der Ausbildung der Genitalorgane zu Tage. Die eigenthümlichen Formen des Penis — die glockenklöppel- oder keulenförmige — die bei Idioten häufig vorkommt, ist eine Missbildung, die nicht auf Masturbation zurückzuführen ist, da man sie auch bei Individuen findet, die nie onanirt haben. Ausführliche Tabellen, die das Vorkommen mehrerer Missbildungen bei einem Individuum sowie die einzelnen Fälle näher erläutern, sind der Arbeit beigegeben.

Holtermann (Sachsenberg).

---

247) **Tambroni** (Ferrara): Un Caso di Demenza Paralitica in Indoidao affetto da Atrofia muscolare progressiva. (Fall von Paralyse mit progr. Muskelatrophie.) (Rivista speriment. di Freniatria. XIII. 2.)

Progressive Muskelatrophie, Beginn an der linken Hand. $1^1/_2$ Jahr darauf nach einer fieberhaften, mit Hirnsymptomen einsetzender Erkrankung Gedächtnissschwäche und Verwirrtheit. 6 Monate später deutliche Dementia paralytica, Aufnahme in die Anstalt. Rapide Verblödung und Ausbreitung der Muskelatrophie. Tod nach $3^1/_2$ Monaten.

Section ergiebt Leptomeningitis cerebri; mikroskop. Untersuchung des Rückenmarks: Kernwucherung und Scheidendilatation der Gefässe, Fett-Degeneration und Atrophie der Vorderhornzellen im ganzen Rückenmark beiderseits, besonders ausgeprägt in der Cervicalanschwellung links; leichte Sklerose der Vorderseitenstrangsbahnen im ganzen Mark.

Kurella (Ahrweiler).

---

248) **Hansen** (Kopenhagen): Om Forholdet mellem puerperal Sindssygdom og puerperal Infection. (Puerparalpsychosen und puerperale Infection.) (Kopenhagen 1888 — 81 S.)

Der Arbeit liegen 58 Fälle von acuten, kurz nach der Geburt auftretenden Psychosen zu Grunde. Meist waren sie durch heftige Agitation, furibunde Delirien, schreckhafte Hallucinationen charakterisirt; H. bezeichnet alle diese Fälle als acute hallucinatorische Verwirrtheit, erklärt diese Form als die häufigste der Puerperal-Psychosen und hebt ihre Analogie mit den Delirien der acuten Infectionskrankheiten hervor. Als Geburtshelfer von Fach richtete er sein Augenmerk in den 21 von ihm selbst beobachteten Fällen besonders auf das Vorhandensein von puerperaler Infection, und fand diese 18 mal in allen Fällen von Infection. Die drei übrigen Fälle eigener Beobachtung zeigten andre Formen und keine Infection. Bei den 87 übrigen früher in der Kopenhagener Entbindungsanstalt beobachteten Puerperalpsychosen war Infection in 32 Fällen vorhanden. Bei zusammen 40 Fällen puerperaler Infection setzt die Psychose als acute hallucinatorische Verwirrtheit ein. Der acuten Psychose folgt gewöhnlich ein Zustand stuporöser Melancholie, seltener der Manie; wo die Patienten am Leben blieben, verlief die Psychose durchschnittlich in einigen Monaten; 12 Frauen starben, meist kurz nach Beginn der Psychose und in schwerer Infection. Einige Fälle zeigten ganz das Bild des Delirium

acutum. 6 der Frauen mit Infectionspsychosen waren vorher geisteskrank gewesen, 2 schwer hysterisch.

Wo Infection nicht der Psychose zu Grunde lag, entsprang dieselbe meist der Epilepsie oder Eklamsie.

Kurella (Ahrweiler).

---

249) **Glaser** (Münchenbuchsen): Ueber Zurechnungsfähigkeit.
(Jahrb. f. Psych. VII. Band, 3. Heft.)

Nach Verf.'s Ansicht „ist nur Feuerbach's Ableitung der Zurechnung aus dem Identitätsgefühl und aus den socialen Bedürfnissen der menschlischen Gesellschaft, und mit Umgehung des Willens als eines bedingenden Momentes für dieselbe, im Stande, die Thatsache der Zurechnung in befriedigender Weise dem Verständniss nahe zu bringen, insofern unter *Zurechnung die Beurtheilung eines Thäters nach moralischen und rechtlichen Gesichtspunkten verstanden ist*, deren Jeder fähig ist, *der die moralische und rechtliche Bedeutung seiner That erkennt.*"

Seine Anschauungen über das Verhältniss zwischen Zurechnungsfähigkeit und Willensfreiheit gipfeln in folgenden drei Sätzen:

1. Die Ansicht, wonach die Gestaltung der Zurechnungsfähigkeit von dem Willen abhängig sei, ist unrichtig; die Zurechnungsfähigkeit oder- Unfähigkeit ist kein Ausfluss, keine Folge gesunder oder kranker Willensbeschaffenheit.

2. Zurechnungsfähigkeit und -Unfähigkeit beruhen auf bestimmten Vorstellungsentwicklungen oder -Mängeln und bilden insofern Elemente zur Gestaltung und Formbildung der Willensäusserungen.

3. Zurechnungsfähigkeit kann bestehen auch bei krankhaft gebildetem Willen, Unzurechnungsfähigkeit bei gesunder Willensbeschaffenheit.

Verf. bespricht dann die praktischen Consequenzen seiner Anschauungen. Zunächst verwirft er die Fassung in dem betr. Paragraphen des östreichischen und des deutschen Strafgesetzbuches und plaidirt statt dessen für folgende: „Eine Handlung ist nicht strafbar, wenn der Thäter zur Zeit ihrer Begehung nicht im Stande war, deren rechtliche Natur zu erkennen, oder wenn er durch äussere Motive verhindert war, seinen Willen der Rechtseinsicht gemäss einzurichten." Er bekämpft auch die Ansicht der Juristen, dass der Arzt sich nur über die Willensfreiheit zu äusseren habe, nicht aber über die Zurechnungsfähigkeit, weil letztere bloss ein juristischer Begriff sei, und weist denselben nach, dass sie inconsequent seien, indem sie schliesslich doch immer an den Gerichtsarzt das Verlangen stellten, den Grad der Rechtseinsicht in die That zu constatiren. d. h. faktisch doch den Stand der Zurechnungsfähigkeit. Ein juristischer Begriff sei letztere überhaupt nur dann, wenn damit der Nebenbegriff der Strafbarkeit verbunden wird. Zurechnung im Sinne einer Verantwortlichkeit existirt nach Verf.'s Ansicht nicht, es kann sich in praxi immer nur um den Begriff einer Zurechnung als Schuld handeln.

Reinhard (Hamburg).

---

250) **Gauster** (Wien): Die Frage der Irrengesetzgebung in Oesterreich. (Jahrb. f. Psych. VIII. Band. 3. Heft.)

Verf. weist nach, dass die vorläufig zu Recht bestehenden Gesetze und Verordnungen über das Irrenwesen in Oesterreich bei Weitem nicht ausreichen, und plaidirt für eine Umgestaltung und Verbesserung dieser Materia an der Hand einer aus einer gemeisamen Besprechung von Irrenärzten, Verwaltungsbeamten, Civil- und Strafrichtern hervorgehenden Enquête. Im Allgemeinen erscheint es ihm sehr wünschenswerth, dass alle für gut befundenen administrativen Vorschriften „in ein Ganzes zusammengestellt und emanirt werden, während die rein gerichtlichen Satzungen über Entmündigung und die strafgerichtlichen über Zurechnungsfähigkeit wohl kaum aus den betreffenden Gesetzbüchern ausgeschieden werden dürfen".

Da die vom Verf. erörterten Gesichtspunkte bezüglich der Frage der Irrengesetzgebung auch ausserhalb Oesterreichs Berücksichtigung verdienen, so seien dieselben hier in Kürze mitgetheilt.

Verf. betont zunächst die Nothwendigkeit möglichst baldiger Kenntnissnahme des Auftretens einer Geisteskrankheit von Seite der Gerichts- und Verwaltungsbehörden und zwar weniger zu statistischen als vielmehr zu dem wichtigen Zwecke der öffentlichen Controle über die Art und Weise der Unterbringung und Verpflegung des Geisteskranken. Zu diesem Behuf müssten den genannten Behörden alle zur Kenntniss der praktischen Aerzte, der Gerichte, der Kranken- und Versorgungshäuser, der Irrenanstalten u. s. w. gelangten Fälle von Geistesstörung mitgetheilt werden. Die entgeltliche Privatpflege dürfe sich jedesmal nur auf 1 bis 2 Geisteskranke (und zwar ungefährliche) erstrecken und an behördliche bei Nichterfüllung der eingegangenen Verpflichtungen jederzeit rückziehbare Bewilligung geknüpft sein. Die oben erwähnte Controle müsse sich auch auf die Entlassung Geisteskranker aus öffentlichen oder privaten Anstalten erstrecken. Die Aufnahme in eine Anstalt dürfe nur nach ärztlicher Constatirung der Geistesstörung erfolgen. Kein nicht geheilter Geisteskranker dürfe ohne behördlich bestätigten Uebernahme-Revers der Familienpflege zurückgegeben werden, und diese Bestätigung sei nur zu ertheilen, wenn der gesetzlich bestimmte Vertreter des Kranken seine Zustimmung zur Transferirung auf dem Revers ersichtlich gemacht habe.

Betreffs der geisteskranken Verbrecher und der verbrecherischen Geisteskranken schlägt Verf. Folgendes vor: 1. „Geisteskranke, welche im krankhaften Zustande eine schwere strafbare Handlung begangen haben, sollen nach der Unzurechnungsfähigkeitserklärung und Lossprechung entmündigt werden, und die Behörde soll eingehend erheben, ob sie in häuslicher Pflege gehalten werden können oder einer Irrenanstalt zu übergeben sind. 2. Die Entlassung solcher Kranker aus der Anstalt, wenn sie geheilt sind, ohne Revers darf nur erfolgen, nachdem dieselben seitens des competenten Gerichtes wieder aus der Curatel enthoben sind. 3. Eine Reversentlassung gebesserter oder nicht geheilter verbrecherischer Geisteskranker aus der Anstalt darf nur dann stattfinden, wenn die Polizei oder die politische Behörde

sich überzeugt hat, dass der Reversaussteller die eingegangenen Verpflichtungen erfüllen kann, und die Irrenanstalt sich vorher über den Zustand des zu Entlassenden eingehend geäussert hat. 4. Geisteskranke Verbrecher sollen in zur Irrenpflege geeigneten Krankenabtheilungen der Gefängnisse behandelt werden".

Alle Entlassungen aus öffentlichen und privaten Anstalten, Kliniken etc. sind dem Gerichte anzuzeigen, um a. entweder das Entmündigungsverfahren bei Geheilten nicht unter Curatel stehenden einstellen zu können; b. oder bei Entmündigten die Instandsetzung in das frühere Recht einzuleiten; c. oder bei nicht geheilt Entlassenen das Entmündigungsverfahren weiter zu führen.

Die Ueberwachung aller der Behandlung und Pflege von Geisteskranken gewidmeten Institute ist Sache der Sanitätsverwaltung, nicht der Gerichte.

Bezüglich des Rechtsschutzes der Irren kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: „1. Eine durch Geisteskrankheit ganz oder theilweise zur selbständigen Verfügung ungeeignet erkannte Person soll ohne Verzug ihren Rechtsschutz finden. 2. Wenn Jemand durch Einbringung in eine Anstalt wegen Geisteskrankheit seines freien Verfügungsrechtes beraubt ist, ist sogleich in kürzestem Wege für ihn ein Curator zu bestellen. 3. In dem Entmündigungsverfahren soll womöglich der Thatsache Rechnung getragen werden, ob in kürzerer Zeit oder nur nach Jahren oder gar nicht Heilung zu erwarten ist. 4. Der Rechtsschutz muss bis zur völligen Genesung der Kranken fortbestehen und zur Geltung gebracht werden". Reinhard (Hamburg).

III. Aus den Vereinen.

I. Verein der Aerzte in Steiermark.

Sitzung vom 30. Januar 1888. (Oesterr. Aerztl. Ver.-Ztg. 1888. 5.)

251) **von Krafft-Ebing**: Ueber Hypnotismus.

(Schluss).

Redner referirt über weitere seit dem 19. December 1887 an seiner hypnotischen Kranken gemachte Beobachtungen und Experimente.

Das in der Sitzung vom 19. December demonstrirte, als rothes Kreuz am Vortag auf dem linken Oberarm suggerirte, als vasomotorisch-neurotrophischer Transfert aber auf der homologen Stelle des hemianästhetischen rechten Oberarms in Gestalt eines Schorfes mit entzündlicher Reaction zu Tage getretene Wundmal in Gestalt eines Kreuzes, heilte bis zum 25. December. Während dieser Zeit bestand im Gebiete dieses Kreuzes Sensibilität für alle Qualitäten, bei allenthalben sonst zu constatirender Anästhesie in der rechten Oberextremität.

Auf der linken Oberextremität an homologer Stelle fand sich ein anästhetischer Bezirk in Kreuzesform. Mit der Heilung des Wundmals war dieser Transfert wieder geschwunden.

Im Wege der Suggestion gelang es, eine heftige Diarrhoe mit

Kolik sofort zu sistiren und ein auf 10 Stunden später bestellter wohlgeformter Stuhl trat pünktlich ein.

Suggestion von bestimmten Temperaturen (z. B. 36·0 und 38·5) zu bestimmter Stunde, gelang in der Regel. Zuweilen kam die befohlene, jeweils abnormale Temperatur aber erst viel später zur Messung.

Wiederholt treten hystero-epileptische Insulte störend dazwischen. Ueberhaupt zeigte sich, dass solche Insulte jegliche Suggestion unwirksam machen, indem sie die Erinnerung für dieselbe vernichten. Pat. mühte sich dann peinlich ab, dieselbe zu reproduciren, aber jeweils ohne Erfolg. Es gelang weiter der Pat. Kopfweh, Anorexie, dyspeptische Beschwerden, Agrypnie, Taed. vitae abzusuggeriren, durch häufiger wiederholte Suggestionen seit dem 7. Januar sogar hystero-epileptische Anfälle fern zu halten. Besonders interessant war die gelungene Suggestion eines 22stündigen ununterbrochenen Schlafes. Als Pat. am Vortag um 12 Uhr Mittags eingeschlafen und am folgenden um 10 Uhr früh erwacht war, konnte man sie nur mühsam überzeugen, dass heute Dienstag und nicht Montag sei.

Schon als Pat. am 19. December in post-hypnotisch suggestivem Auftrag im Verein der Aerzte erschien, machte sie den Eindruck einer in psychischem Ausnahmezustand Befindlichen. Sie entledigte sich ihres Auftrags sichtlich automatisch, wie ein Schlafwandler, aber mit bemerkenswerther Präcision. Nach Verlassen des Locals kam sie aus diesem Znstand zu sich, wusste sich ihre gegenwärtige Situation nicht zu erklären, stand mit ihrer Erinnerung da, wo sie vor einer Stunde zur Ausführung des posthypnotischen Auftrags sich angeschickt hatte, wusste von allem inzwischen Vorgefallenen nichts, nicht wie sie aus dem Spital auf die Strasse gelangt war. Mühsam nur gelang Aufklärung und Beruhigung. Da Pat. auch in späterer experimenteller Hypnose nichts von den Vorgängen im Vereinslocal wusste, musste sie sich in einem besonderen Zustand während der Ausführung des posthypnotischen Auftrags befunden haben.

Um diese klinisch und namentlich forensich höchst wichtige Thatsache zu prüfen, wurden weitere posthypnotische Situationen suggestiv hervorgerufen und Pat. in diesem Zustand genau studirt. Es ergab sich, dass Pat. in dem Moment, in welchem der Termin zur posthypnotischen Leistung gekommen ist, in *Autohypnose* geräth, d. h. die Suggestion wirkt, sobald sie actuell wird, hypnotisirend. Pat. gleicht in diesem Zustand einem von bestimmten Ideen getriebenen Schlafwandler. In der Ausführung suggerirter Leistungen besteht grösste Präcision. Im Uebrigen fehlt Spontaneität, Wille und klare Apperception. Die Hemmung ist keine so vollständige, wie in der experimentellen Hypnose. Pat. vermag Perceptionen zu machen und hört und sieht auch andere Personen als den Experimentator, aber alles vollzieht sich auf traumhafter Stufe.

Episodisch vertieft sich sogar der Zustand bis zur Aufhebung der Perceptionsfähigkeit. In diesem Zustand der posthypnotischen Autohypnose weiss Pat. von allen Vorkommnissen, die in früheren posthypnotischen suggestiven Situationen stattfanden, während sie von

denselben im normalen und experimentell hypnotischen Zustand nicht das Mindeste weiss.

Pat. geräth nicht selten auch *spontan* in Autohypnose durch Anblicken von glänzenden Gegenständen, so z. B. durch Schauen auf die Stricknadeln beim Stricken.

Auch für das in solchen Zuständen spontaner Autohypnose Erlebte besteht im Zustand der Autohypnose durch Suggestion, Erinnerung, so dass also beide Zustände indentisch sein dürften.

So bekommt man in suggestiv-posthypnotischem Zustand von Pat. Aufschluss über bisherige Lücken ihrer Lebensgeschichte, z. B. über ihre Reise von Pest nach Graz, über frühere Diebstähle von glänzenden Gegenständen (Silberzeug, Uhren u. s. w.), Escamotirung von Gegenständen im Spital u. s. w.

Mit geleisteter posthypnotischer Suggestion tritt jeweils das normale Bewusstsein wieder ein. Dieser Uebergang ist peinlich bis zur Orientirung und Aufklärung über die episodische Situation. Pat. meinte wiederholt, bevor ihr Aufklärung wurde, sie sei verrückt oder im Begriff, es zu werden.

Diese Situation kann vermieden werden, wenn man Pat. aus dem Zustand der posthypnotischen suggestiven Autohypnose (Zustand III) durch experimentelle Hypnose (Zustand II) in den normalen Zustand (Z. I) hinüberführt.

Bei Pat. bestehen somit 3 verschiedene Bewusstseinszustände, ein Tripelbewusstsein, jedes auf Grundlage einer eigenen Nervenmechanik. Diese 3 Bewusstseinskreise schneiden sich niemals, jeder hat sein eigenes Gedächtniss.

Die Ueberführung aus I in II gelingt durch optische, sensible (Stirnstreichen, Augencompression) Beeinflussung, selbst durch einfachen Befehl.

Die Erzeugung von III geschieht durch Suggestion im Zustand II oder durch Autohypnose. Durch dieselben Mittel, wie aus I II wurde, kann man III in II verwandeln. Die Ueberführung aus II in I gelingt leicht durch Anblasen, Anrufen, aber auch durch blossen Befehl.

Einer Suggestion wie in II ist Pat. in III unzugänglich. Dass der Zustand III, der sich auch mimisch von II und I unterscheidet noch Modificationen bietet, je nachdem er ein suggestiv erzeugter oder spontan entstandener ist, ergibt sich aus folgenden, für die Beurtheilung der früheren Diebstähle der Pat. höchst wichtigen Thatsachen: Am 24. Januar trifft man Pat. bei der Visite den Kopf in die Hände gestützt. Sie reagirt nicht wie sonst auf den Morgengruss, schaut traumhaft mit verglastem Blick vor sich hin und appercipirt nichts, nicht einmal den gewohnten Experimentator. Dieser setzt sich, um sie zu beobachten, ihr gegenüber. Plötzlich nimmt die Miene der Pat. einen lauschenden Zug an. Das Ticken der Taschenuhr hat die acustisch erregbare Pat. percipirt. Sie fährt nach der Uhr, hakt sie geschickt los und versteckt sie in einer Spalte ihres Fauteuils. 4 andere ihr preisgegebene Taschenuhren werden theils eingesteckt,

theils in einem auf dem Corridor befindlichen Oleanderkübel vergraben. Pat. stiert dann wieder in ein Buch bei dessen Lectüre sie strickend in Autohypnose gerathen war. Alle Sinnesreize sind wirkungslos, nur einige Tacte eines Liedes gesungen, machen sie zusammenschreken und momentan kataleptisch. Als nun einer der Aerzte mit 2 Silbergulden klimpert, stürzt Pat. wie ein Raubvogel auf die Beute und lässt jene in der Tasche verschwinden.

Dasselbe geschieht, als ein anderer mit Schlüsseln klimpert. Als man diese nicht gutartig hergibt, stösst, schlägt, ringt Pat. um dieselben und versteckt sie hinter dem Ofen. Dann kehrt sie ruhig an ihr Buch zurück. Die geraubten Gegenstände werden von den Besitzern zurückgenommen, Pat. wird in II und dann in I übergeführt. Sie ist ganz unbefangen, weiss von allem Geschenen nicht das mindeste und wundert sich nur, dass die Herren, unbemerkt von ihr, eingetreten sind.

Am 28. wird Pat. im Zustand I aufgetragen, eine glänzende Uhr anzublicken. Sie geräth sofort in Autohypnose und ihr III Bewusstsein knüpft genau da an, wo es in III am Vortag durch II unterbrochen wurde. Sie durchsucht die Taschen nach den Uhren, geräth in Aerger und Bestürzung. Sie thut dasselbe am Oleanderkübel, ist rathlos und zornig erregt, eilt zurück ins Zimmer, durchsucht erfolglos den Fauteuil, zittert vor Erregung, wird durch Stirnstreichen in II übergeführt, sofort ruhig und apathisch. In II reagirt sie unlustig auf eine ans Ohr gehaltene Uhr und macht nicht die geringste Aggressivbewegung. Nach einer Weile wird sie durch Befehl in I übergeführt.

Ein Vergleich dieser verschiedenen Zustände ergibt, dass Pat. in I in normaler psychischer Verfassung ist und bei voller Helligkeit des Bewusstseins auf alle Reize der Aussenwelt in annähernd normaler Weise reagirt und eine höchst ehrbare Pernsönlichkeit darstellt.

In II ist ihr Seelenorgan vollkommen gehemmt, das Selbstbewusstsein und selbst das Bewusstsein erloschen. Pat. gleicht einer Schlafenden, aber die Hemmung ist so gross, dass *spontan* nicht der geringste psychische Vorgang, nicht einmal in Form von Traumbildern möglich wird. Von der allgemeinen Hemmung frei sind aber gleichwohl Haut und Gehörsinn. Spontan kommt es auch hier nur zu Perceptionen. Sie sind aber Eingangswege für suggestive Vorgänge. Der Wille des Experimentators ermöglicht Apperception. Die Feinheit dieser Fähigkeit in der Unterscheidung von Reizen ist eine erstaunliche. Auf suggestivem Weg wird der ganze psychische Apparat verwendbar, aber die Leistung ist eine maschinelle, rein automatische, freilich mit merkwürdiger Vollkommenheit. Die II. Persönlichkeit gleicht einigermassen dem Somnambulen, nur mit dem Unterschied dass dieser auf Grund von spontanen Traumideen agirt, während der in experimenteller Hypnose befindliche, nur suggestiv actionsfähig wird. Bemerkenswerth ist der Mangel jeglicher höheren geistigen Function (Urtheil, Kritik) und aller Spontaneität. Functionell ist die Person II, l'homme machine La Mettrie's, ein reiner Automat.

In III ist die Hemmung des Seelenorgans viel geringer als in II, soweit es sich um suggestive Autohypnose handelt. In dieser Modification III a ist die Analogie mit dem Nachtwandler gross, nur besteht hier Autosuggestion, dort suggestives Ausführen der Befehle des Experimentators. In beiden Situationen besteht Automatismus, aber wunderbare Präcision der Ausführung innerhalb des spontan oder suggestiv hervortretenden Gedankenkreises.

Ausserhalb desselben besteht Nacht oder beschränkt sich die Leistung auf blosse Perception.

Die spontane Autohypnose stellt eine Modification b des Zustandes III. dar.

Die Hemmung nähert sich hier in ihrer Tiefe der von II. Von Erregungswegen ist in unserem Fall nur der acustische offen, möglicherweise zeitweise auch der optische, insofern glänzende Gegenstände Mittel der Autohypnose waren. Diese erhaltene Fähigkeit macht unsere Versuchsperson in verhängnissvoller Weise zur Schuldlosen automatischen Diebin. Nur in dieser Richtung ist eine automatische, bewusstlose, aber gleichwohl complicirte und präcise Leistung möglich.

Der Vortragende resumirt schliesslich die im Zustand II gemachten Experimente und macht darauf aufmerksam, dass sie nur demjenigen möglich sind, der die Hypnose provocirt hat.

Nur ihm gelingt die Hervorrufung von Contracturen durch Streichen der Haut und die Lösung derselben, gleichwie die Hervorrufung mimischer Ausdrucksweisen durch der Versuchsperson gegebene plastische Attitüden. Auch der Magnet, unbeschadet seiner spasmogenen Wirkung des Ueberwiegens der Wirkung des Südpols über die des Nordpols, wirkt nur in der Hand des Experimentators. Diese Wirkung ist jedenfalls eine reflectorische via sensibler Hautnerven, denn an hemianaesthetischen Stellen ist sie = 0.

Für die enorm niedrige Reizschwelle in diesem Zustand spricht der Umstand, dass auch *nach* dem Magnet gehandhabte Körper in der Hand des Experimentators spasmogene Wirkung gewannen.

Von der enormen Verfeinerung der erregbaren Centren gibt der Umstand Zeugniss, dass nur die Hand des Experimentators wirksam ist, nicht die untergeschobene Hand eines Anderen. Dies zeigt sich auch dann, wenn bei suggerirter Taubheit ein Anderer erfolglos das erlösende „Höre“ schreibt. Dasselbe zeigt sich auch auf acustischem Wege, insofern nur die Stimme des Experimentators appercepirt und das von einem Andern geschlagene Gong unangenehm empfunden wird.

Aus Allem geht klar hervor, dass das Ausschlaggebende ein psychischer Factor, ein Rapport zwischen Versuchsperson und Experimentator ist. Mit andern Worten: Alles ist hier Suggestion und die Wege, auf denen sie möglich wird, sind die sensible (cutane und musculäre) und die acustische Leitung. Alle Experimente lassen sich auf sensitive und verbale (auditive) Suggestion zurückführen.

Am deutlichsten zeigt sich dies beim Transfert der Sensibilität, der mit allen seinen Folgeerscheinungen, nur für den Experimentator sich vorfindet.

II. Société de chirurgie zu Paris.

Sitzung vom 25. Januar 1888. (Le Progrès médical 1888. 4.)

252) **Marchand** stellt einen Kranken vor, der nach einer Fraktur im oberen Drittel des Wadenbeines eine Lähmung des Nervus popliteus externus darbot. Bei der Blosslegung des Nerven zeigte sich dieser in den Callus eingebettet, sah gräulich aus und war lamellendünn. Nach Resection des Callus war 5 Monate später keine Besserung eingetreten. Jetzt ist die Contractilität der Extensoren zurückgekehrt und der Kranke kann gut gehen.

Sitzung vom 9. u. 15. Februar 88. (Le Progrès médical 1888. 6. 7.)

253) **Chuénu** fand bei sämmtlichen Leuten, die an Varicen litten, auch varicöse Erweiterungen der Nervenvenen und hält dafür, dass die ischiadischen Schmerzen dieser Kranken mit diesem Befunde an den Nervenvenen im Zusammenhange stehen. Der Druck der erweiterten Venen in der Umgebung des Nerven auf diesen finde nur in ganz bestimmten Fällen statt bei Veranlassung der erwähnten Schmerzen, vielmehr führe die varicöse Erweiterung der Nervenvenen selbst zu einer interstitiellen Neurtis. Als Beweis für seine Ansicht führt er an, dass die Schmerzen auch an Stellen empfunden werden, wo den Nerven Venen nicht begleiten, ferner den günstigen Einfluss, den elastische Strümpfe auf die die Schmerzen dieser Kranken ausüben. Bei der Discussion sprechen sich Berger, Ferrier, Dentu gegen die Theorie Chuénu's aus.

254) **Pozzi** berichtet über eine Resection des Nervus radialis durch Professor Severeanu in Bukarest, die wegen einer Contusion des Nerven unternommen wurde. Völliger Misserfolg, Lähmung und Atrophie waren einen Monat nach der Operation bedeutender wie vorher. In der Discussion werden diese Art Fälle als zu einer Resection völlig ungeeignet bezeichnet. Holtermann (Sachsenberg).

III. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 17. December 87. (Le Progrès médical 1887. 52.)

255) **Robin** berichtet über die Versuche von Lemoine (Nancy) *über die Behandlung der Epilepsie mit Antipyrin.* Gegen die Anfälle selbst war das Mittel völlig wirkungslos, nur die in ihrem Gefolge auftretenden Kopfschmerzen und Neuralgien wurden günstig beeinflusst.

Laffont hat über die Vergiftung mit Cocain Versuche angestellt. Dieselbe ist characterisirt durch eine Erregung der sensoriellen Hyperaesthesie sowie durch Tachycardie, die häufig in Collaps übergeht.

Déjérine hat in einem Falle von Cocainvergiftung die gleichen Symptome beobachtet. Dabei zeigte sich ein eigenthümliches Verhalten der Sensibilität; der Kranke empfand Berührung mit dem Finger, während Kneifen nicht gefühlt wurde. Ausserdem hatten sich an den Injectionsstellen der Rupia syphilitica ähnliche Schorfe gebildet.

Sitzung vom 14. Januar 88. (Le Progrès médical 1888. 3).

256) **Gellé**: *Un cas d'allochirie auditive.* Es handelt sich um eine Kranke, die weder hysterisch noch tabetisch ist, mit Menière'schem

Schwindel und linksseitiger Mittelohrerkrankung. Druck auf das linke Ohr ruft sofort Schwindel und Schmerzen hervor, jede Gehörsempfindung links ist schmerzhaft. Die Kranke bietet nun das eigenthümliche Symptom dar, dass sie ein ziemlich starkes Geräusch, das bei der Auscultation in dem Verlauf der rechten Carotis zu hören ist, nicht mit dem rechten sondern mit dem linken Ohre hört.

257) **Féré** hat Untersuchungen über die Kraftleistung der Epileptiker angestellt. Er fand bei 100 Epileptischen zwischen 20—50 Jahren, dass die grobe Kraft in einem Verhältniss von 31% für die rechte und 32% für die linke Hand herabgesetzt war. Diese Herabsetzung trat hauptsächlich in der Aura und nach den Anfällen hervor und ist zuweilen von einem Zittern der Zunge und der Extremitäten begleitet.

258) **Féré** berichtet über eine neuropathische 33 jährige Dame, bei der während des Kämmens kleine Funken aus den Haaren sprühen. Diese electrischen Erscheinungen sind links stärker ausgesprochen, auf welcher Seite seit längerer Zeit Ovarie und sensorielle Anaesthesie besteht, sie werden stärker, sobald diese nervöse Symptome heftiger auftreten. Bei dem elfjährigen hysterischen Sohne der Dame besteht das gleiche electrische Phänomen; bei beiden ist eine starke Trockenheit der Haut vorhanden.

D'Arsonval bemerket, dass bei Individuen mit sehr trockener Haut durch deren Reibung mit der Kleidung die Electricität sich bilde. Gewisse neuropathische Individuen haben die Fähigkeit, diese Electricität aufzuspeichern und gleichen so geladenen Leydener Flaschen.

Sitzung vom 4. 11. 18. Februar 1888. (Le Progrès médical 1888. 6. 7. 8.)

259) **Lémoine** (Lille) berichtet seine Untersuchungen *über die bei Epileptikern im Gefolge der Anfälle auftretenden Contracturen.* Dieselben sind häufiger als man annimmt und lassen sich in zwei Categorien scheiden.

1. Bleibende Contracturen. Die Glieder bieten in der Extensions- oder in halber Flexionsstellung passiven Bewegungen bedeutenden Widerstand. Die Contracturen treten unmittelbar nach dem convulsiven Stadium auf, sind häufiger an den oberen Extremitäten, selten verallgemeinert und gewöhnlich auf eine Seite beschränkt, obwohl während des Anfalles in der Intensität der Convulsionen beider Körperhälften ein Unterschied nicht zu bemerken war. Ihre Dauer beträgt einige Minuten bis zu mehreren Tagen.

2. Spastische Contracturen, die sich dem von Brissaud als latente Contractur beschriebenen Typus nähern. Die willkürlichen Bewegungen sind frei, sobald aber ein Glied angefasst wird, geräth es in Contractur und zwar in derselben Stellung, in der es ergriffen wurde. Bei genügender Kraftanstrengung weicht die Contractur allmählig und in dem betreffenden Gliede treten eine Reihe von spastischen oder rythmischen Zuckungen auf. Diese Contractur beschränkt sich fast immer auf eine Seite und meistens auf den Arm, sie tritt fast nur bei sehr schweren Anfälle, die den Tod im Gefolge haben, auf. Meningitische Veränderungen wären nicht nachzuweisen.

260) **Beaunis** spricht über den Nystagmus, der bei bestimmten Reizungen des Gehirns auftritt. Er kann direct oder reflectorisch sein. Der directe oder unilaterale Nystagmus tritt auf Reizung des Gehirns der entgegengesetzten Seite auf, namentlich bei Reizung der corpora quadrigemina, und ist häufig von isochronen oscillatorischen Bewegungen des oberen Augenlides und des Kopfes begleitet. Der reflectorische ist lateral, symmetrisch, und im Uebrigen dem vorgenannten gleich.

261) **Galippe** hat sich des flüssigen Methylchlorürs in Lösung als localen Anaestheticum bedient bei kleinen chirurgischen Operationen und empfiehlt es als zu diesen Zwecken. Ein Wattebausch in die Flüssigkeit getaucht wird der betreffenden eventuell der schmerzenden Stelle applicirt.

262) **Babinsky** und **Onanoff** theilen die Resultate ihre Untersuchungen über die myopathie progressiv primitive mit. Vergleiche man die Muskeln jedes einzelnen Körpersegments mit einander hinsichtlich ihres Erkrankens an den einzelnen Myopathien, so lassen sich dieselben in drei Gruppen theilen: in solche, die eine besondere Praedisposition zeigen, wie der Supinator des Vorderarms, der orbicularis des Auges und der Lippen, der quadriceps femoris; in sehr widerstandsfähige wie die Flexoren der Finger, die äusseren Ohrmuskeln, die Kaumuskeln, der Wadenmuskel und endlich in solche, die in der Mitte zwischen Beiden stehen, wie der pronator teres. B. und O. fanden nun in der Entwickelung der einzelnen Muskelgruppen bei 5 Monate alten Foeten deutliche histologische Differenzen. Die besonders prädisponirten Muskeln zeigten eine bedeutend vorgeschrittene Entwickelung: in den einzelnen Fibrillen ist die gestreifte Substanz reichlich vorhanden, die Conheim'schen Felder sind wenig deutlich, die Kerne liegen an der Peripherie unter dem Sarcolemm. Bei den nicht zu den Myopathien geneigten Muskeln fanden sie ein entgegengesetztes Verhalten, die gestreifte Substanz ist gering, die Conheim'schen Felder sind sehr deutlich, die reichlichen Kerne central gelegen. B. und O. schliessen aus diesen Befunden, dass wechselseitige Beziehung zwischem dem Grad der Prädisposition der einzelnen Muskeln zu Myopathien und ihrer rascheren Entwickelung bestehen.

Holtermann (Sachsenbarg).

Preussische Ministerial-Verfügung.

Da die Bestimmungen, welche über die Aufnahme von Geisteskranken in Privat-Irrenanstalten, über die Entlassung derselben, sowie über die staatliche Beaufsichtigung solcher Anstalten zu verschiedenen Zeiten ergangen sind, nicht überall gleichmässig ausgelegt und gehandhabt werden, auch zum Theil einer Ergänzung bedürfen, sehen wir uns bewogen, hierüber das nachfolgende anzuordnen und ersuchen Ew. Excellenz ergebenst, deswegen das Weitere zu veranlassen.

I. Aufnahme von Geisteskranken in Privat-Irrenanstalten. Entlassung derselben.

Wenn es einerseits verhindert werden muss, dass Personen als geisteskrank in Irrenanstalten gebracht und darin behalten werden, welche nicht geisteskrank sind, so ist es andererseits von Wichtigkeit, dass solche Geisteskranke, deren Zustand es zu ihrem eigenen Wohl oder mit Rücksicht auf die öffentliche Sicherheit nothwendig oder wünschenswerth macht, mit thunlicher Beschleunigung und ohne Schwierigkeit in derartige Anstalten übergeführt werden können. —

1. Aerztliche Aufnahme-Atteste.

Die Aufnahme eines Menschen in eine Privat-Irrenanstalt darf selbst unter dringenden Umständen nicht erfolgen, ohne dass die Nothwendigkeit derselben durch ein zuverlässiges ärztliches Attest bescheinigt wird. Des näheren ist für diese ärztlichen Aufnahme-Atteste Folgendes massgebend:

a) In der Regel ist für die Aufnahme ein auf Grund eigener Untersuchung des Kranken ausgestelltes Attest des Physikus oder des pro phsycatu geprüften Kreiswundarztes desjenigen Kreises, in welchem der Kranke seinen Wohnsitz hat, darüber erforderlich, dass der Aufzunehmende geisteskrank ist, an welcher Form geistiger Krankheit er leidet, und dass er der Aufnahme in eine Irrenanstalt bedarf. Ist der Kranke bereits von einem anderen Arzte wegen der gegenwärtigen Krankheit behandelt oder beobachtet worden, so ist, wenn möglich, ein Bericht des letzteren über die Entstehung und den Verlauf der Krankheit dem Physikus (oder Kreiswundarzt) vorzulegen und von diesem seinem Atteste beizufügen. —

b) Hat der Kranke keinen festen Wohnsitz oder macht sein Zustand, während er von seinem Wohnsitz abwesend ist seine Ueberführung in eine Irrenanstalt nothwendig, so ist dem Atteste des zuständigen Physikus (oder Kreiswundarztes) das eines anderen Physikus oder pro physicatu geprüften Kreiswundarztes gleichzustellen, jedoch bedarf dasselbe alsdann einer ausführlichen Begründung. Wird ein solches Attest zu a) oder b) von einem Kreiswundarzt ausgestellt, so hat derselbe seiner Unterschrift und den Amtscharacter beizufügen, dass er pro physicatu geprüft ist. —

c) In dringenden Fällen, insbesondere bei Gemeingefährlichkeit des Kranken, darf die Aufnahme desselben vorläufig auch auf Grund eines ausführlichen und wohl begründeten Attestes eines jeden approbirten Arztes erfolgen, jedoch ist alsdann der Kranke innerhalb der ersten 24 Stunden nach erfolgter Aufnahme durch denjenigen Physikus, oder wenn dieser der Arzt der betreffenden Irrenanstalt sein sollte, durch den pro physicatu geprüften Kreiswundarzt zu untersuchen, in dessen Amtsbezirk sich die Anstalt befindet.

Sollte der zuständige Kreiswundarzt nicht pro physicatu geprüft sein oder ein Kreiswundarzt in dem betreffenden Kreise nicht vorhanden sein, so ist der Physikus eines benachbarten Kreises heranzuziehen. Die Untersuchung ist in zweifelhaften Fällen in kurzen Fristen wiederholt vorzunehmen, und dann ein Attest wie zu b) auszustellen, welches für das Verbleiben des vorläufig Aufgenommenen in der Anstalt oder für seine sofortige Entlassung massgebend ist. Die amtlichen Atteste

zu a) und b) sowie das privatärztliche Attest zu c) geben die Berechtigung zur Aufnahme eines Kranken in eine Privatirrenanstalt nur dann, wenn diese innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach der Untersuchung (oder wenn mehrere Untersuchungen stattgefunden haben, nach der letzten Untersuchung) erfolgt. Es ist daher in den Attesten der Zeitpunkt der letzten Untersuchung jedesmal anzugeben. —

d) Schon wegen Geisteskrankheit endmündigte Kranke können auf Antrag ihres rechtlichen Vertreters ohne weitere Nachweise als den der erfolgten Entmündigung aufgenommen werden. —

e) Werden Kranke, welche in eine von einem Kommunalverbande unterhaltene Irrenanstalt ordnungsmässig aufgenommen sind, von dem Vorstande einer solchen Anstalt einer Privat-Irrenanstalt zur Pflege übergeben, so ist für jeden Kranken ein Uebergabeschein und eine beglaubigte Abschrift der Aufnahme-Atteste, bezw. des Nachweises der erfolgten Entmündigung zu den Acten der Privat-Irrenanstalt zu bringen.

f) Für die Aufnahme von nicht entschieden Geisteskranken als s. g. „freiwilligen Pensionären" in Privat-Irrenanstalten sind die Bestimmungen des unter dem 17. Juni 1874 an die Regierungen der Rheinprovinz und Westphalen gerichteten Erlasses zu 1. 2. 3. 4. massgebend.

2. Anzeige der erfolgten Aufnahme.

a.) Ist die Aufnahme eines Geisteskranken in eine Privat-Irrenanstalt nicht auf Antrag einer Gerichtsbehörde oder der Polizeibehörde des Wohnortes des Kranken oder unter Genehmigung der letzteren Behörde erfolgt, so ist jedoch mit Ausnahme der Fälle zu 1e und f. der vorbezeichneten Polizeibehörde binnen 24 Stunden nach erfolgter Aufnahme von Letzterer unter Beifügung einer beglaubigten Abschrift der Aufnahmeatteste *secrete* Mittheilung zu machen, desgleichen ist innerhalb derselben Frist dem Staatsanwalt derjenigen Gerichtsbehörde, bei welcher der Kranke seinen Gerichtstand hat, Anzeige von der Aufnahme zu erstatten.

b.) Ist der Aufgenommene ein Ausländer oder ist seine Wohnung und sein Gerichtsstand unbekannt, so ist dem Staatsanwalt des Gerichtes Anzeige zu machen, welcher für den Ort der Irrenanstalt zuständig ist und bei Ausländern ausserdem der zuständigen Landespolizeibehörde behufs des von dieser gemäss dem Erlass vom 5. August 1881 an den Herrn Minister der auswärtigen Angelegenheiten zu erstattenden Berichtes.

c.) In jedem Falle ist die Aufnahme binnen 24 Stunden bei der Polizeibehörde desjenigen Ortes anzuzeigen, in welchem die Anstalt gelegen ist. Bei sämmtlichen dieser Anzeigen ist die betreffende Behörde um eine Empfangsbestätigung zu ersuchen.

3. Die Entlassung der in eine Privat-Irrenanstalt Aufgenommenen (mit Ausnahme der sogen. freiwilligen Pensionäre, für welche der Erlass vom 17. Juni 1876 massgebend ist) muss erfolgen:

a.) Wenn dieselben geheilt sind oder

b.) obgleich dies nicht der Fall ist, sobald der rechtliche Vertreter derselben die Entlassung fordert.

c.) In beiden Fällen jedoch hat sie, wenn der Kranke auf Antrag einer Gerichts- oder Polizeibehörde in die Anstalt aufgenommen ist, nicht eher zu erfolgen, als bis die betreffende Behörde ihre Zustimmung dazu ertheilt hat.

d.) Gemeingefährliche Irre dürfen nur entlassen werden, wenn ihre unmittelbare Ueberführung in eine andere Irrenanstalt sichergestellt ist und nach vorgängiger Benachrichtigung der Polizeibehörde desjenigen Orts, in welchem die entlassende Irrenanstalt sich befindet.

e.) Von der erfolgten Entlassung eines Geisteskranken aus einer Privat-Irrenanstalt ist — soweit dies nicht durch die Anzeigen zu 3 c. und d. überflüssig wird — denselben Behörden Anzeige zu machen, welchen die Aufnahme nach I., 2. angezeigt war. Desgleichen ist diesen Behörden anzuzeigen, wenn ein Kranker sich durch die Flucht der Anstalt entzogen hat oder gestorben ist. Auch Betreffs dieser Anzeigen sind die betreffenden Behörden um Empfangsbestätigung zu ersuchen.

II. Beaufsichtigung der Privat-Irrenanstalten.

1. Behufs der Beaufsichtigung sind dieselben fortlaufenden Revisionen zu unterwerfen.

a.) Die Revisionen erfolgen in der Regel durch den zuständigen Physikus oder statt desselben (z. B. wenn er selbst Arzt der Irrenanstalt ist) durch einen, von der Landespolizeibehörde zu bestimmenden, psychiatrisch vorgebildeten ärztlichen Commissar.

b.) Alljährlich ist jede Anstalt zwei Mal, einmal im Sommer und einmal im Winter einer ordentlichen, und zwar unvermutheten Revision zu unterziehen. Eines besonderen Auftrages bedarf der Physikus beziehungsweise der Commissar zu der einzelnen Revision nicht.

Ausserordentliche Revisionen können von der Landespolizeibehörde angeordnet werden, so oft sie dieselben für erforderlich erachtet.

2.) Ueber jede Revision ist der Landespolizeibehörde ein ausführlicher Bericht zu erstatten, bei welchem insbesondere folgende Punkte zu berücksichtigen sind:

a.) Zustand und Veränderungen der baulichen Einrichtung der Anstalt, soweit sie sanitäre Bedeutung haben — Art der Entwässerung und Entfernung der unreinen Abgänge.

b.) Zustand der Krankenräume (Schlafräume, Aufenthaltsräume, Isolirräume) — Reinlichkeit derselben, Beschaffenheit der Luft (Reinheit, Temperatur) — Erleuchtung, Zustand der Zimmereinrichtung (Lagerstätte) — der Sicherheitsvorrichtungen an Fenstern, Thüren, — Art und Beschaffenheit der Badeeinrichtungen, Plätze zum Aufenthalt der Kranken im Freien.

c.) Die Kranken — derzeitiger Bestand, Belegung der Räume (Ueberfüllung) — Trennung der Geschlechter — Zustand der Kranken (Reinlichkeit, Ernährungszustand, Kleidung, etwaige Spuren von Verletzungen und deren muthmassliche Entstehung (Anwendung von Zwangsmitteln, Misshandlungen — geistiger Zustand, Beschwerden der Kranken, geistliche Versorgung, besondere Vorgänge während der Berichtszeit (Unglücksfälle, Tod, Selbstmord, Flucht).

d.) Personal der Anstalt: Aerzte (im Hause oder ausserhalb wohnend) — Wärter — Wärterinnen — Wirthschaftspersonal.

e.) Registratur: das Hauptjournal (Zugang, Abgang u. s. w.) Personalacten für jeden einzelnen Kranken (Aufnahmeantrag, Aufnahmeatteste, Bescheinigung der Aufnahme, der Abgangsanzeigen (I. 2 Schlusssatz, I. 3 Schlusssatz, Nachweis der etwa erfolgten Entmündigung, Krankenjournal.

3.) Die Revision derjenigen Privat-Irrenanstalten, welche auch sogen. „freiwillige Pensionäre" aufnehmen (Erlass vom 17. Juni 1874) erfolgt von jetzt an auch in der vorstehend angeordneten Weise, jedoch mit besonderer Berücksichtigung der Bestimmungen des genannten Erlasses. Die Kosten der Revisionen sind fortan von diesen Anstalten nicht mehr zu tragen.

III. Concessionirung von Privat-Irrenanstalten.

Bei der Concessionirung von Privat-Irrenanstalten ist auf dem durch das hierfür vorgeschriebene Verfahren gebotenen Wege dahin zu wirken, dass von vornherein in Lage, Bau und Einrichtung der Anstalten den allgemeinen sanitären, sowie denjenigen besonderen Forderungen Genüge geschieht, welche zur Erreichung des Zweckes solcher Anstalten gestellt werden müssen.

Insbesondere ist festzustellen, welches die Maximalzahl der gleichzeitig zu verpflegenden Kranken mit Rücksicht auf die Zahl und Grösse der einzelnen Räume, welche zum Aufenthalt der Kranken dienen sollen, sein darf. In der Regel sind mindestens 25 cbm. Luftraum auf jeden Kranken zu rechen.

2) Ferner ist zu verlangen, dass die für die Geschlechter gesonderte Badeeinrichtungen einen der Zahl der Kranken entsprechenden Umfang haben.

3) Dass in Krankenanstalten, welche heilbare Irre aufnehmen, mindestens ein Arzt wohnen muss.

Berlin, den 19. Januar 1888.

Der Minister des Innern
v. Puttkammer.

Der Justiz-Minister
Friedberg.

Der Minister der geistlichen Unterichts- und Medicinalangelegenheiten
v. Gossler.

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten, das Abonnement auf das II. Quartal 1888 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig. Druck von **Philipp Werle** in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. 1. April 1888. Nro. 7.

Inhalt.

I. Originalien. Experimentalstudie über die Polarisation der thierischen Gewebe. Von Dr. **Léon Danion** in Paris.

II. Referate und Kritiken. **Sachs**: Ueber eine cerebrale Hemmungsbildung mit besonderer Berücksichtigung der Rindenpathologie. **Kahler**: Ueber die Diagnose der Syringomyelie. **Oppenheim**: Zur Pathologie der disseminirten Sklerose. **Bruns**: Zur Pathologie der disseminirten Sclerose. **Steiner**: Ein Fall von spontaner, symmetrischer Gangrän. **Blyth**: Die Vertheilung des Bleies im Gehirn zweier plötzlich verstorbener Bleiarbeiterinnen. **Bullen**: Multiple Gehirnsarcome. **Mordret**: Schädelbruch mit Depression; epileptiforme Anfälle. **Marie**: Aphasie und Agraphie nach der Lehre Charcots. **Souza-Leite**: Nervenkrankheit in Salvador. **Israel**: Ueber Nephrolithotomie bei Anurie durch Nierensteineinklemmung; zugleich ein Beitrag zur Frage der reflektorischen Anurie. **Berbez**: Hysterie und Trauma. **Vigouroux**: Der elektrische Widerstand als klinisches Symptom. **Binz**: Ueber Ammoniumsalze und Kampfer als erregende Arzneimittel. **Goldschmidt**: Erythrophlaein als Anästheticum. **Heusner**: Ueber Phenacetin. **Jennings**: Antipyrin-Vergiftung. **Ewer**: Zur Therapie der Schlaflosigkeit. **Sachs**: Bemerkungen über die Ursache und Behandlung der functionellen Schlaflosigkeit. **Niermayer**: Zur Behandlung der Epilepsie. **Spitzka**: Delirium grave. **Wiglesworth**: Ueber Hämorrhagien und Pseudomembranen im Subduralraum bei Geisteskranken, mit Einschluss der sogen. Pachymeningitis. **Kowalewsky**: Folie du doute. **Beach**: Fall von Schwachsinn mit choreaartigen Bewegungen. **Robertson**: Ueber Katalepsie. Behandlung mit hoher Temperatur und Kopfgalvanisation. **Keser**: Fall von langer Schlafsucht. **Francis**: Aussenarbeit als Heilmittel bei Geisteskranken. **Wiglesworth**: Ueber die Anwendung der Galvanisation in der Behandlung gewisser Psychosen. **Bouillard**: Die spinalen Symptomen der allgemeinen Paralyse des Geisteskranken. **Moeli**: Ueber irre Verbrecher. **Bewegung der niederländischen Anstaltsbevölkerung 1888.** **v. Krafft-Ebing**: Falscher Eid, zweifelhafte Zurechnungsfähigkeit, Dementia senilis incipiens. Gerichtsärztliches Gutachten. **Kinkead**: Fall M. R. Eine forensische Studie.

III. Aus den Vereinen. Académie de médecine zu Paris.

I. Originalien.

Experimentalstudie über die Polarisation der thierischen Gewebe.

Von Dr. LÉON DANION in Paris.

Diese Arbeit hat zum Zwecke nachzuweisen, dass die Polarisation der thierischen Gewebe sowie die secundären Ströme, die durch dieselbe entstehen, nicht existiren.

Ich glaube, dass die Resultate, die ich bekommen habe für alle Stromintensitäten die gleichen sind; doch muss ich sagen, dass ich nur mit jenen Stromstärken, die in der Electrotherapie angewendet werden (also nicht über 50—60 Milliampères, ausnahmsweise 90—100) operirt habe.

Bis jetzt hat man immer geglaubt und gesagt, dass, wenn ein Strom durch die Gewebe geführt wird, dieselben sich polarisiren und dass nach Aufhören des primären Stroms, sie sich depolarisiren. So entsteht ein secundärer Strom. Ciniselli hat das zuerst, glaube ich, beschrieben; dann sind ihm alle Gelehrten gefolgt, und jetzt nehmen diese Ströme einen sehr wichtigen Platz in der Electrotherapie ein. Diese Thatsache ist bis jetzt ohne Discussion von allen Schriftstellern angenommen, und ich fühle deswegen ganz genau die Schwierigkeit eines Widerspruches.

Meine erste Untersuchung ist sehr einfach.

Ich setze auf den Vorderarm eines Menschen zwei metallische Platten in Gemsleder, wohl mit Wasser angefeuchtet, eingewickelt. Ich lasse durch den Arm während 8—10 Minuten einen Voltai'schen Strom von 18—20 Milliampères laufen, und nachdem ich die Batterie aus dem Kreise eliminirt habe, verbinde ich die Rheophoren mit einem sehr exacten Galvanometer. Die Nadel schlägt sogleich aus und man bemerkt einen neuen Strom in entgegengesetzter Richtung des primären Stroms, also einen secundären Strom.

Es sind aber nicht die Gewebe, die als Sammler functioniren, sondern die Rheophoren.

Ich beweise das in einfacher Weise, indem ich die Rheophoren, die für den Durchgang des Stromes gedient haben, durch neue ersetze; dann sieht man keinen secundären Strom mehr.

Wenn ich aber die ersten Rheophoren wieder einsetze, erscheint augenblicklich wieder der secundäre Strom; wenn ich sie in Salzwasser tauche, constatire ich einen Strom von noch grösserer Stärke, als wenn sie auf den Arm gesetzt waren.

Diese Untersuchung kann man auf viele Arten variiren lassen, mit Intensitäten von 50—60 Milliampères, mit grossen und kleinen Rheophoren, mit mehr oder weniger langer Dauer des Stromlaufes, niemals wird man secundäre Ströme constatiren.

Das gleiche Resultat bekommt man mit nackten metallischen Platten, so lange sich keine Spur von Cauterisation zeigt. Wir werden weiter sehen, warum sich in diesem Falle secundäre Ströme zeigen.

Man könnte mir entgegensetzen, dass die Gewebe nur in der Tiefe, unter der Haut, polarisirt sind, und dass die entstandenen Ströme zu schwach sind, um durch die Haut hindurch nachgewiesen zu werden. Man kann diese Ströme aufsuchen, indem man das Thier opfert; aber auch dann findet man keine Spur von secundären Strömen.

Dann kann man sagen, dass der Tod, indem er die physiologischen Bedingungen stört, auch die electromotorische Kraft zerstört hat.

Ich kann diese Entgegnung widerlegen, indem ich die Rheophoren direkt auf die nackten Gewebe aufsetzte.

Ich mache auf jeder Seite an dem hinteren und oberen Theile des Schenkels eines Kaninchens eine Schnittwunde, durch welche ich direkt auf die nackten Muskeln, Kohlen-Electroden von der Grösse eines 50 Centimes Stück aufsetze. Durch den Hintertheil des Kaninchen lasse ich jetzt einen Strom von 15—20 Milliampères während 10 Minuten gehen.

Er bewirkt eine energische Cauterisation der Gewebe, also eine ausgezeichnete Bedingung um die Electroden zu polarisiren, da die Electrolyse die Basis von jeder Polarisation und auch Cauterisation ist.

Wenn man bei dieser Versuchsanordnung die Electroden wechselt, nimmt man wohl einen Strom wahr, aber nicht einen secundären Strom, *sondern einen solchen, der einzig von dem Contackt der Electroden mit den Produkten der Electrolyse* herrührt.

Die Beweise dafür sind folgende:

a) Wenn man in einen der frischen Schnitte 1 oder 2 Tropfen Salpetersäure laufen lässt und gleich darauf die Electroden einsetzt, constatirt man einen Strom der mindestens die gleiche Stärke hat wie jener, der durch den Contackt der Electroden mit den Produkten der chemischen Galvanocaustik erzeugt wird.

b) Ich schneide dann die cauterisirten Theile aus, nachdem ich sie mit Zangen so gefasst habe, dass die Zangen nicht in Berührung mit den Cauterisationsflächen kommen, tauche in Salzwasser und constatire keine Spur von secundärem Strom. Wohl aber tritt ein secundärer Strom ein, wenn die Electroden (oder Zangen, die als Electroden dienen) mit den cauterisirten Theilen in Berührung kommen.

c) Wenn man zwischen die cauterisirten Stellen und die Electroden einen mit Salzwasser angefeuchteten neutralen Körper (Leder oder Zündschwamm) einschiebt, bildet sich kein Strom.

d) Wir wissen, dass der Strom, verursacht durch den Contackt der Electroden mit den sauren Produkten der chemischen Galvanocaustik eine bestimmte Direktion hat, immer von der Säure nach der Basis, und dass, auf der anderen Seite, die secundären Ströme ohne Ausnahme in entgegengesetzter Richtung verlaufen.

Bei meinem Versuche mit dem Wechsel der Rheophoren ergiebt sich aber, dass die Nadel des Galvanometer die Richtung des Stromes von der Säure nach der Basis gehend anzeigt.

e) Einen letzten Beweis, glaube ich durch folgenden Versuch zu geben: Ich nehme wieder mein Kaninchen mit den 2 cauterisirten Punkten in den Oberschenkeln und steche eine gewisse Anzahl von Stecknadeln ungefähr $1—1^1/_2$ Centimeter oberhalb der Punkte ein, verbinde dieselbe miteinander zu einer Art Kamm, und bringe dieselbe mit einem Galvanometer in Contackt. Ich constatire immer absoluten Stillstand der galvanischen Nadel; so lange nicht die Nadeln mit den Cauterisationsflächen in Verbindung kommen.

Nach allen diesen Untersuchungen komme ich zu folgenden Schlüssen:

1) Die thierischen Gewebe sind absolut unpolarisirbar, oder mit anderen Worten sind auf absolute Weise den Phänomenen von Aneignung der Electricität refractär, und unfähig eine secundäre electromotorische Kraft zu erzeugen.

2) Alle physiologischen Untersuchungen, in welchen die Polarisation der Gewebe in irgend einem Grade als Factor eintritt, sind als werthlos und nicht gültig zu betrachten.

3) Alles, was über die secundären Ströme geschrieben worden ist, kann aus der Electrotherapie gestrichen werden.

II. Referate und Kritiken.

263) **Sachs:** (New-York): On arrested cerebral development, with special reference to its cortical pathology. (Ueber eine cerebrale Hemmungsbildung mit besonderer Berücksichtigung der Rindenpathologie.)
(The journal of nerv. & ment. dis. Septbr u. Octbr. 1887, p. 541.)

Krankengeschichte: Das bei seinem Tode 2 jähr. Mädchen stammt von gesunden Eltern; in der Familie der Mutter hereditäre Prädisposition zu Geisteskrankheiten; auch in der Familie des Vaters sind in den letzten Jahren mehrere Fälle von Geistesstörung vorgekommen. Die Mutter wurde, als sie im 5. Monat gravid war, bei einer Fahrt aus dem Wagen geschleudert, ohne jedoch sich eine bedeutende Verletzung zuzuziehen; das Kind wurde ausgetragen und machte einen vollständig gesunden Eindruck. Als es 2 Monate alt war, bemerkten die Eltern eine auffallende Apathie, und ein eigenthümliches Rollen der Augen (Nystagmus). Das Kind lag gewöhnlich auf dem Rücken und war zu schwach, um eine andere Stellung einzunehmen; spontan bewegte es sich überhaupt nicht. Die electrische Erregbarkeit war durchweg normal. Während des ersten Lebensjahres folgte das Kind mit den Augen einem vorübergeführten Gegenstand; später wurde es blind.

Dr. Knapp machte die ophthalmoskopische Untersuchung und berichtet: Nystagmus, Pupillen zeigen nichts Abnormes; Augenmedien gleichfalls; Papillen sehr blass; die fovea centralis von kirschrother Farbe; ihre Umgebung von grau-weisser Opacität.

Das Gehör schien sehr scharf zu sein und Krämpfe sind nie beobachtet worden. Sprechen gelernt hat das Kind nicht; es gab nur unarticulirte Laute von sich. Die übrigen körperlichen Functionen waren in Ordnung; bis auf wiederholte Bronchitiden und Verdauungsstörungen; der Exitus erfolgte an einer acuten Pneumonie. Autopsie 29 h. p. m.

Linke Hemisphäre.

Die Furchen sind von auffallender Tiefe; der Windungstypus namentlich im Stirnlappen ein sehr einfacher. Die Centralfurche ist

gabelig und confluirt mit der breiten und langen Sylvischen Furche. Die 1. Temporalfurche ist überbrückt. Die Parieto-occipitalfurche ist ungewöhnlich deutlich ausgeprägt, und im Occipitallappen sind die 3 Furchen deutlich unterschieden.

Die Windungen erscheinen theils schmäler theils breiter als gewöhnlich. Der Gyrus angularis ist wenig entwickelt.

Auf der medialen Fläche sieht man die fissura parieto-occipitalis, die calcarina und hippocampi confluiren.

Rechte Hemisphäre: Hier entsprechen die Verhältnisse mehr dem normalen Zustande. Die mikroscopische Untersuchung des Gehirnes ergab durchweg eine Gestaltveränderung der grossen und kleinen Pyramidenzellen; irgend eine Spur einer Encephalitis oder eines sclerotischen Prozesses fand sich nicht. Koenig (Dalldorf).

---

264) **Kahler** (Prag): Ueber die Diagnose der Syringomyelie.
(Prag. med. Wochenschr. 1888. Nro. 6 u. 7.)

Verf. wendet sich in einem im Vereine deutscher Aerzte in Prag am 13. Januar 1888 gehaltenen Vortrage gegen A. Joffroy und Achard, welche die Möglichkeit einer sicheren Diagnosenstellung der centralen Höhlenbildung im Rückenmarke während des Lebens bestritten haben. Zunächst erwähnt Verf. einen Kranken, David Busch, bei welchem er die Diagnose „centrale Höhlenbildung" bereits 1883 gestellt hatte, die dann später durch die Section erwiesen wurde. Dann stellt er einen 26jährigen Mann vor, bei welchem vor 3 Jahren sich Schwäche und Abmagerung der linken Hand und des linken Vorderarms einstellte. Ein halbes Jahr später dieselben Erscheinungen auch rechts. Seit einem Jahre bemerkte der Kranke eine leichte Abnahme in der Feinheit der Tastempfindung. Vor einem Jahre auch stellte sich Blasen- und Geschwürsbildung an der Volarfläche des kleinen und Ringfingers der rechten Hand ein. Durch die langsame Vernarbung dieser Geschwüre wurden die betr. Finger in Flexionsstellung der 2. Phalanx fixirt. Vor 5 Monaten Krätze, worauf unmittelbar nachher an der Haut des Rückens, der beiden Schultergegenden und der Arme grosse dunkelroth gefärbte Flecke auftraten, die sich schnell in Blasen, mit heller Flüssigkeit gefüllt, umwandelten. Die entleerten Blasen wandelten sich in eiternde Geschwüre um.

Der Kranke weist folgende Veränderungen auf: 1) Narben in der rechten Regio deltoidea, auf Messerstiche zurückgeführt. 2) Narben in der rechten Regio subraclavicularis, über dem rechten Proc. coracoideus und an beiden Vorderarmen; sie sind flach, Kreuzer- bis Thalergross und von abschilfernder Epidermis bedeckt. 3) Ausgesprochene Keloide in der Regio infraspinata, regio deltoidea, an der hinteren Fläche des linken Oberarms, an der Ulnarseite des linken Vorderarms. 4) An der Ulnarseite des kleinen und Ringfingers der rechten Hand je eine straffe weisse Narbe, hochgradige Flexionsstellung im ersten Phalangealgelenke bedingend.

Die Muskulatur der linken oberen Extremität ist bedeutend schwächer wie die der rechten. Dabei ist sie schlaffer und weniger

kräftig wie rechts. Die Atrophie an den Binnenmuskeln der beiden Hände ist hochgradig, links vollständig, so dass Affenhand und Krallenstellung der Finger resultirt. Die Erregbarkeitsprüfung der einzelnen Muskeln der oberen Extremität ergibt:

	Ka Sz	rechts	links
M. deltoideus	—	6 M. A.	4 M. A.
M. biceps	—	2 M. A.	1.5 M. A.
M. triceps	—	3.5 M. A	3.5 M. A. (An Sz — 3 M. A.)
M. sup. long.	—	4 M. A.	3.6 M. A.
M. extens. digit. comm.	—	4.5 M. A.	3 M. A.

An den längere Zeit in Ruhe befindlichen Armen fallen fibrilläre Zuckungen der Muskulatur auf. Die Prüfung der Sensibilität ergab nur geringe Störung des Temperatursinnes an der l. Hand und an der unteren Hälfte des linken Vorderarmes, sowie an der Volarfläche der rechten Hand. Am Gesicht fällt eine Enge beider Lidspalten auf, namentlich der linken, vergesellschaftet mit evidenter Retraction der Bulbi; auch ist die rechte Pupille weiter, als die linke.

Wir finden also an dem Kranken 1) Hautveränderungen, als umschriebene Hautnecrosen mit Tendenz zu Keloidentwicklung in den Narben. 2) progressive Muskelatrophie an den oberen Extremitäten, 3) geringe Störung des Temperatursinns, 4) oculopupilläre Symptome. Die letzteren werden auf eine Betheiligung der Sympathicuscentren im Halsmark zurückgeführt. Die Combination sämmtlicher eben angeführter Symptome lässt die Diagnose „Syringomyelie im Cervicalmarke“ mit einiger Sicherheit stellen.

Kahler und Pick haben früher die centrale Höhle aus dem erweiterten Centralkanal hervorgehend hingestellt, in dessen Umgebung ein das Nervenparenchym zerstörender Process Platz gegriffen habe, der den chronisch entzündlichen Vorgängen anzureihen und der gewöhnlichen Sclerose des Centralnervensystems an die Seite zu stellen sei. Gegen diese, auch von Leyden acceptirte Anschauung hat sich F. Schulze gewendet und die centrale Höhlenbildung als das Produkt einer Erweichung von gliomatösen Wucherungen erklärt. Bei dem im Leben auftretenden Symptomencomplexe können wir das eine oder das andere als anatomisches Substrat vermuthen. Die beiden Processe können wir z. Zeit nicht diagnostisch trennen. Kahler hat den Eindruck gewonnen, als ob ausserordentlich langsamer Verlauf, sehr allmähliche Entwicklung der Erscheinung den bei Erweiterung des Centralkanals entstehenden oder mit einer solchen einhergehenden Fällen von Syringomyelie, stärkere Schmerzen hingegen wieder den Fällen von centralem Gliom eigenthümlich wären.

Verf. gibt zum Schluss an der Hand einer Anzahl von in der Literatur niedergelegten Krankengeschichten die Symptome der Syringomyelie und einzelne differential-diagnostische Bemerkungen.

Goldstein (Aachen).

265) **H. Oppenheim**: Zur Pathologie der disseminirten Sklerose.
(Berlin klin. Wochenschr. 1887 Nro. 48.)

Verf. schildert an der Hand eigener klinischer Beobachtungen und anatomischer Untersuchungen gewisse von dem gewöhnlichen Typus abweichende Formen der Herdsklerose.

Zunächst hebt Verf. hervor, dass die Krankheit zuweilen unter dem Bilde einer spastischen Spinalparalyse verlaufe, wobei nur die Aufmerksamkeit auf vorübergehend auftretende Sensibilitätsstörungen, wie er sie in einem Falle beobachtete, oder Opticusveränderungen, die wegen ihrer Symptomenlosigkeit nicht selten übersehen werden, die Diagnose sichern.

So liess sich was die Veränderungen am Sehnerven betreffen, bei einem 26 j. Manne, bei dem spastische Parese der Beine und des rechten Armes, Sensibilitätsstörungen im rechten Quintusgebiete, concentrische Einengung des Gesichtsfeldes auf dem rechten Auge, Rothgrünblindheit, athrophische Verfärbung der äusseren Papillenhälften, aber keine Sehstörungen beobachtet wurden, p. m. eine sehr ausgedehnte multiple Sclerose des Gehirns und Rückenmarkes nachweisen.

In einem 3. Falle, wo die Krankheit unter dem Bilde einer transversalen Myelitis (Lähmung der Beine, Anästhesie, Störung der Blasen- und Mastdarmfunction) verlief, zeigten sich abgesehen von einem querdurchsetzenden Herde im Brustmark sclerotische Plaques in den Kernen und Wurzeln des Hypoglossus, Vagus, Glossopharyngeus, Acusticus, Facialis, Abducens und in der aufsteigenden Trigeminuswurzel.

Ein 4. Fall stellte sich anatomisch wie eine centrale Myelitis des Rückenmarkes dar, während Gehirn und Gehirnnerven namentlich die Optici von sklerotischen Herden durchsetzt waren.

Betreffs der Zeit des Auftretens der disseminirten Sclerose macht Verf., was Ten Cate Hoetemaker, Marie und L. Unger bereits durch Casuistik belegt haben, auf das Vorkommen der Krankheit im Kindesalter aufmerksam. Verf. konnte bei Kindern von 4—7 Jahren die Diagnose mit Sicherheit stellen; er sah ferner die Affection bei 2 Knaben im Alter von 12—13 Jahren im Anschluss an Scharlach auftreten. Hierbei betont er, dass die Herdsklerose der Erwachsenen nicht selten in ihren Anfängen bis in die früheste Kindheit zurückverfolgt werden kann, so zwar, dass entweder bereits die Krankheit in ihrem ganzen Umfange bestand oder, was viel häufiger der Fall ist, einzelne Symptome weit zurückreichen.

Ferner bespricht Verf. das apoplectiforme Auftreten der Symptome, der Lähmungen, Sensibilitäts- und Blasen- und Mastdarmstörungen bei denen allen das flüchtige Verhalten, das Vorübergehen etwas sehr charakteristisches an sich hat. Diesem variablen Wesen der Symptome entspricht naturgemäss ein verschiedener anatomischer Befund. Für die apoplectiformen Störungen liegt der Grund in einer acuten Myelitis oder Encephalitis circumscripta, während den langsam sich entwickelnden Symptomen echte parenchymatöse Degenerationen zu Grunde liegen.

Zum Schlusse macht Verf. auf das durch sklerotisches Zittern der Respirationsmuskulatur hervorgebrachte saccadirte Athmen, das Zwangslachen, die selten und in vorgeschrittenen Stadien erscheinende und deswegen erst spät diagnostisch zu verwerthende skandirende Sprache und die abnorme Erschöpfbarkeit der Muskeln aufmerksam.

J. Ruhemann (Berlin).

---

266) **L. Bruns** (Hannover): Zur Pathologie der disseminirten Sclerose. (Berl. Klin. Wochenschr. 1888. Nro. 5.)

Verf. vermehrt die Casuistik der atypischen Formen der multiplen Sclerose, wobei auf das apoplectiforme Auftreten schwerer Krankheitssymptome, auf die Sensibilitätsstörungen, die vasoparalytischen Phänomene, die ataktischen Erscheinungen, das Fehlen der scandirenden Sprache und den Intentionstremor, auf die Häufigkeit des Krankheitsbildes die Aufmerksamkeit gelenkt wird.

I. Bei einem 15. j. Mädchen zeigte sich nach einer Ohrfeige, die es erhielt spastische Paraparese mit sehr starkem Patellar- und Achillesclonus. Dysurie, schlaffe Parese des rechten Armes, Paralyse des linken bis zur Schulter; diffuse Herabsetzung der Schmerz- und Tastempfindung besonders rechts bei gesteigerter Empfindung gegen tiefe Stiche, Pupillendifferenz; anfallsweise auftretende Röthe und Hitze der l. Kopf- und Gesichtsseite. Daneben Globusgefühl und hysterische Muskelunruhe (!).

II. Dreijähriger Knabe. Beugecontractur der Arme, stärkste Streckcontractur der Beine mit Pes equinusstellung. In Folge der Contractur sind Kniephänomen und Achillesclonus nicht auszulösen. Die Sensibilität zeigt sich intact. Atrophie der Beinmuskeln. Paralyse der Kopf- und Rumpfmuskulatur. Starker Speichelfluss, häufig Trismus; unverständliches Lallen. Nystagmus rotatorius. Anfallsweise treten automatische Bewegungen, Abduction des Oberarmes und Extension des Unterarmes ein. Es besteht kein idiotischer Geisteszustand. Bis $2^1/_4$ Jahr war der Knabe gesund, konnte gehen und sprechen; die Paralysen entwickelten sich allmählig.

In den beiden folgenden Fällen stehen ataktische Störungen im Vordergrunde des Krankheitsbildes.

III. 56. j. Lehrer. Tremor des Kopfes beim Fixiren. Nystagmus. Augenhintergrund und l. Kniephänomen normal. R. Patellarclonus, kein Achillesclonus. Ataktischer Tremor bei feinerem Arbeiten; ataktischer Gang. Romberg'sches Symptom. Anästhesieen und Hyperästhesieen. Blasen-, Mastdarm- und Geschlechtsfunctionen intact.

IV. 23. j. Mädchen. Parese des l. Abducens und Internus. Beiderseitig graue Degeneration der Sehnerven. Nystagmus bei Extremstellung der Augen. Scandirende Sprache, vorübergehender Verlust der Geruchsempfindung, Intensionstremor des Kopfes und der Arme; vorübergehende Parese der rechten Hand. Ataktischer Gang, anfalls-

weise ab- und zunehmend, spastische Paraparese der Beine. Patellar- und Achillesclonus. Dysurie. Vasoparalytische Anfälle im l. Gesicht und am l. Ohr. Melancholische Stimmung; geringe Intelligenz.

J. Ruhemann (Berlin).

---

367) **Steiner** (Rosenberg O/S): Ein Fall von spontaner, symmetrischer Gangrän. (Dtsche. Med. Wochenschr. 1888 Nro. 4.)

Bei einem 17j. Mädchen stellte sich nach schweren psychischen Erregungen Gangrän an der Beugeseite fast des ganzen rechten Vorderarms sodann an der Streckfläche des linken Antibrachium ein, nachdem sie erst kurz vorher von einer gleichen Affection auf dem Dorsum der rechten Hand befreit worden war. Die gangränösen Herde blieben auf die Haut beschränkt und heilten nach Abstossung der abgestorbenen Partieen. Verf. rechnet diesen Fall der von Raynaud (1862) beschriebene „Asphyxie locale et gangraene symmetrique des extremités" hinzu, obwohl er nicht Gelegenheit hatte den Beginn des Leidens, den Gefässkrampf und die dadurch bedingte lokale Asphyxie zu beobachten, und obwohl der locus affectus und die Extensität ungewöhnliche und von früher beschriebenen Fällen verschieden waren. Aber die von Raynaud für diese Krankheit angegebenen prädisponirenden Momente, Geschlecht, Alter, Constitution, — Pat. ist eine zarte, anämische, nervenschwache Person —, Erblichkeit, Jahreszeit (Winter), ebenso die causa movens (psychische Erregung) trafen auf diesen Fall zu. Auch fand hier die von Lauer beobachtete gesteigerte Zerstörung von rothen Blutkörperchen ihren Ausdruck. Nach Raynaud nimmt Verf. ebenfalls als Grund der Erkrankung eine spastische Contraction der kleineren Gefässe an, hervorgerufen durch abnorme Gefässinnervation von den Gefässcentren im Rückenmark aus.

J. Ruhemann (Berlin).

---

268) **Wynter Blyth:** The distribution of lead in the brains of two lead factory operatives dying suddenly. (Die Vertheilung des Bleies im Gehirn zweier plötzlich verstorbener Bleiarbeiterinnen.) (The journal of mental science. Januar 1888.)

In einer Londoner Bleiweissfabrik kamen in den Jahren 1884—86 fünf Fälle von tödtlich verlaufender Bleivergiftung vor; die Fälle betrafen sämmtlich Frauen, die erst seit kurzer Zeit (3—12 Monate) in der Fabrik beschäftigt waren. Die Bleisymptome waren geringfügig. Paralysen fehlten, bis wenige Tage oder Stunden vor dem Tode befanden sich die Personen ganz wohl. In vier dieser Fälle gingen epileptische Anfälle und Coma dem Tode voraus, im fünften war die Beobachtung nicht genügend. Bei der Section die in vier Fällen vorgenommen war, wurde keine besondere Organerkrankung entdeckt. Von zwei Fällen wurden Gehirn, Nieren und Leber auf Blei untersucht. Es fand sich im ersten Fall: in der Leber ca. 24 mgrm. Bleisulphat, in einer Niere 5 mgrm., in den übersandten 401 gram. Gehirn, (das ganze Kleinhirn und Stücke vom Grosshirn) 34

mgrm. was für das gesammte Gehirn etwa 106 mgrm. betragen würde, wenn das Gewicht desselben auf 1,235 angenommen wird.

Im zweiten Falle war der Bleigehalt der Leber (ein Stück von 299 grm. enthielt 24 mgrm. Sulphat) und der Niere (78,9 mgrm.) bedeutend höher. Vom Gehirn standen zur Untersuchung 617 grm., wovon die Grosshirntheile 42,6 mgrm. enthielten. Das Gesammthirn zum Durchschnittsgewicht angenommen, wird 117 mgrm. Bleisulphat enthalten. Das Kleinhirn war relativ mehr mit Blei beladen, es enthielt 1,07 auf 10,000 Theile, das Grosshirn nur 0,92 mgrm.

Matusch (Sachsenberg).

---

269) **John Bullen**: Case of multiple sarcomata of the cerebrum. (Multiple Gehirnsarcome.) (The journal of mental science. Januar 1888.)

Primäres grosses Sarcom der rechten Lunge, über der Oberfläche des Gehirns verstreut sehr zahlreiche secundäre Sarcome von Stecknadelknopf- bis Bohnengrösse, in die Rindensubstanz eingebettet und an der Pia festhaftend. Matusch (Sachsenberg).

---

270) **Mordret** (Paris): Fracture du crâne par enforcement; accès épileptiformes. (Schädelbruch mit Depression; epileptiforme Anfälle.) (Gaz. des Hôp. 1888 Nro. 20.)

An einen kürzlich an dieser Stelle mitgetheilten Fall von traumatischer Reflexepilepsie reiht sich ein von M. beobachteter ähnlicher.

Derselbe betrifft einen Arbeiter, welcher alsbald, nachdem er eine 10 Ctmet. lange Wunde des Stirnbeins und eine Fractur desselben mit Depression aqcuirirt hatte, von einem epileptiformen Anfalle und im Verlaufe des Tages von noch drei anderen befallen wurde.

Da dieselben seitdem nicht wiedergekehrt sind, so liegt die Vermuthung nahe, dass der Druck des Gehirns, die Ursache derselben, nicht von den Knochenfragmenten, sondern von dem auf die Dura ergossenen Blute herrührte. Pauli (Köln).

---

271) **P. Marie**: De l'aphasie en général et de l'agraphie en particulier, d'après l'enseignement de M. le professeur Charcot. (Aphasie und Agraphie nach der Lehre Charcots.) (Le Progrès médical 1888 Nro. 5.)

Eine Wiedergabe der bekannten Ansichten Charcots über diese Zustände, wie er sie in seiner Klinik im Anschluss an die Vorstellung eines Falles von Agraphie entwickelte. Es handelt sich um eine reine Agraphie, die im Gefolge einer rechtsseitigen Hemiplegie mit Sprachlähmung bei einer 44jährigen Frau auftrat. Lähmung der Extremitäten und der Sprache verschwand, die Agraphie persistirte und überdauerte noch mehrere Anfälle, die nach 9 rep. 13 Jahren mit vorübergehender linksseitiger Hemiplegie und Verlust der Sprache einhergingen. Ein 4. Anfall führte dauernden Verlust der Sprache herbei sowie pseudobulbäre Lähmungssymptome. Die Agraphie besteht seit 1868, die Kranke kann copiren, aber weder ihre Gedanken schriftlich ausdrücken, noch nach Dictat schreiben, Wortblindheit oder Worttaubheit ist nicht vorhanden. Holtermann (Sachsenberg).

---

272) **Souza-Leite**: Réflections à propos de certaines maladies nerveuses observées dans la ville du Salvador (Brésil). Faits d'astasie et d'abasie (Blocq) c'est à dire de l'affection dénommée: Incoortination motrice pour la station et la marche (Charcot et Richer). Prétendue épidémie de chorée de Sychenham. (Bemerkungen über gewisse nervöse Erkrankungen, die in Salvador beobachtet wurden. Unvermögen zu stehen oder zu gehen. Incoordination der Bewegungen des Stehens und Gehens.) (Le Progrès médical 1888 8.)

Zwei Fälle die bei einer epidemisch auftretenden Chorea im vorigen Sommer beobachtet wurden und die in der Ueberschrift erwähnten Symptome darboten. Beide weibliche Individuen (eine Negerin und eine Weisse) waren erblich belastet und hysterisch; die erstere erkrankte in Folge Schreckens über einen Krampfanfall, dem sie zufällig beiwohnte, die letztere hatte in der Pension, in der sie kurz vorher gewesen war, mehrere Fälle von Chorea unter ihren Mitschülerinnen gesehen. Bei der ersteren schwanden die Erscheinungen im Hospital nach 7 Tagen, bei der letzteren nach der Vornahme einer religiösen Cermonie. Die eigenthümlichen Krämpfe, die bei ihnen auftraten, gleichen den von Bamberger und Erlenmeyer als saltatorische resp. statische Reflexkrämpfe beschriebenen. Holtermann (Sachsenberg).

---

273) **J. Israel**: Ueber Nephrolithotomie bei Anurie durch Nierensteineinklemmung; zugleich ein Beitrag zur Frage der reflektorischen Anurie. (Deutsche Mediz. Wochenschr. 1888. Nro. 1.)

Ein fettleibiger Arthritiker, welcher wiederholt an rechtsseitigen Nierenkoliken mit Steinabgängen gelitten hatte, bekam einen Tag nach einem linksseitigen Kolikanfall vollkommene Anurie, die 6 Tage bis zu seiner Operation andauerte. 3 Stunden nach Entfernung zweier Steine aus dem linksseitigen Nierenbecken und Ureter, erhielt man durch das eingelegte Drain als auch durch die natürlichen Wege, reichliche Mengen Urins, dessen Verschiedenheit (Farbstoff- und Eiweissgehalt) den Beweis erbrachte, dass auch die nicht operirte rechte Niere gleichzeitig mit der linken ihre Function wieder aufgenommen hatte. Die Autopsie des 9 Tage p. O. gestorbenen Pat. ergab, was auch während des Lebens constatirt werden konnte, dass die rechten harnleitenden Wege von keinem Steine verlegt waren. So war also die Annahme berechtigt, dass der Ausfall der Urinausscheidung vor der Operation lediglich in einem Stillstand der Nierensekretion begründet und reflectorisch durch Reizzustände des l. Ureters hervorgerufen war. Die Annahme einer reflectorischen Anurie stützt sich auf experimentelle und klinische Erfahrungen: Bernard, Cohnheim und Roy wiesen experimentell nach, dass die in den Hilus der Niere eintretenden Nerven auf die Harnabsonderung mittelst Verengerung und Erweiterung der Nierengefässe wirkten. Ekhard und Grützner gelang es von dem vasomotorischen Centrum in der Medulla oblongata aus die Harnmenge zu beeinflussen und bei genügend starker Reizung ganz zu sistiren. Die Versuche von Cohnheim und Roy, welche

durch Reizung eines centralen Ischiadicusstumpfes die Nierengefässe zur Contraction brachten, haben für den vorliegenden Fall insofern Bedeutung als damit die reflectorische Erzeugung von Anurie durch Reizung eines sensiblen Nerven constatirt wird. Klinisch wird die reflectorische Anurie durch die auf hysterischer Basis und auf Leiden der Genitalien beruhenden Ausfall der Nierenfunktion bewiesen. Für die Hypothese, dass sensible Reize, welche einen Ureter oder die eine Niere betreffen, die Secretion der anderen reflectorisch hemmen, bildet der Fall von Bourgeois ein Analogon; ferner reihen sich hier die Thatsachen an, dass bei traumatischer Läsion der einen Niere reflectorisch Anurie der anderen eintritt, dass nach Nierenexstirpation und Zurücklassung einer gesunden Drüse die Secretion zuweilen sistirt. Ob in unserem Falle die spastische Hemmung der Secretion durch Entfernung des Steines oder die protrahirte Narkose beseitigt wurde, wagt Verf. nicht zu entscheiden, hält es jedoch für nöthig, in solchen Fällen stets erst einen Versuch mit tiefer Narkose vorzunehmen.

J. Ruhemann (Berlin).

---

274) **P. Berbez**: Hystérie et Traumatisme. (Hysterie und Trauma.) (Publication du Progrès médical Paris. 1887.)

Die auf Veranlassung Charcot's mit Benutzung des Materials seiner Klinik geschriebene Arbeit behandelt die Zustände, die sich bei hysterischen Individuen nach Einwirkung eines Trauma's entwickeln können, wie sie sich als Lähmungen mit oder ohne Contractur oder als Arthralgien darstellen. Erläutert werden die Ausführungen des Verf. durch 26 zum Theil sehr eingehende Krankengeschichten von denen 21 dem Material der Charcot'schen Klinik entnommen sind, während die übrigen 5 Beobachtungen anderer Autoren (Burckhardt, Dreschfeld) enthalten.

Aetiologie: Die wahre Ursache der in Frage stehenden Phänomene ist der eigenthümliche Zustand, in dem sich das Gehirn der Kranken befindet, die Gelegenheitsursache ist von geringer Wichtigkeit, das Trauma an und für sich ist oft geringfügig, eine leichte Verbrühung, ein leichter Stoss ruft die Erscheinungen hervor; wichtig und fast bestimmend ist es hingegen auf die Localisation derselben. Im Allgemeinen ist das durch das Trauma afficirte Glied auch das gelähmte, das schmerzhafte oder das, an dem die Contractur haftet; bei Traumen des Kopfes folgt fast stets Hemiplegie, die an der der Laesion gleichen Seiten ihren Sitz hat. Was die Häufigkeit der Affection anbetrifft, so fand B. unter 100 Fällen 21, in denen ein Trauma die Ursache der Symptome war; das männliche Geschlecht war stärker betroffen (14) als das weibliche (7), wohl weil das erstere mehr exponirt ist; ausserdem war das Leiden kartnäckiger. Das jugendliche Alter war das bevorzugte, im Mittel betrug das Alter der Erkrankten 25 Jahre. Der Beruf erwies sich ohne Einfluss, gerade kräftige robuste Arbeiter, Soldaten, Kutscher etc fanden sich unter den Kranken; Alkohol schien geringen Einfluss auszuüben. Dagegen spielte die gemüthliche Erregung eine grosse Rolle, dem traumatischen

Choc war fast stets eine Phase heftiger Erregung verschiedener Dauer vorangegangen, so dass die Einwirkung des Schreckens als eine Hauptursache bezeichnet werden muss. Unzweifelhafte erbliche Belastung liess sich in 9 Fällen nachweisen; es handelt sich grösstentheils um Geistesstörung oder Hysterie in der Ascendenz. Für den Verlauf der Erkrankung war die Belastung ohne Belang.

I. Schlaffe Lähmungen. Sie zeigen sich als Paraplegien, Hemiplegien, Monoplegien (die häufigsten) und Lähmungen einzelner Gliederabschnitte. Bei Monoplegien einer oberen oder unteren Extremität sind die Sehnenreflexe erhalten oder wenig abgeschwächt. Die Sensibilität ist in allen Graden erloschen. Die Anaesthesie wird bei der letzteren durch eine Linie begrenzt, die der Inguinalfalte der betreffenden Seite nach oben folgend zur spina anterior superior geht und längs der Crista ossis illei, der Analfalte- und der Perinealleiste zum inneren Winkel der Inguinalfalte zurückkehrt und dabei das os sacrum und die Genitalien freilässt. Bei den Paraplegien sind diese Verhältnisse auch auf die andere Seite ausgedehnt. Bei der ersteren (Monoplegie der oberen Extremität) geht die Anästhesie bis zu einer Linie, die die Clavicula an der Vereinigungsstelle des äusseren Drittels mit den beiden inneren trifft um das äussere Drittel des Pectoralis passirend unterhalb der Achselhöhle zur Clavicula zurückzukehren, indem sie dem axillären Rande des Schulterblattes folgt. Monoplegie einer obern mit derselben unteren Extremität vergesellschaftet giebt das Bild der hysterischen Hemiplegie, die sich von einer organischen nur durch die Nichtbetheiligung des Facialis unterscheidet.

Die Lähmung eines Gliedabschnittes charakterisirt sich durch Aufhebung der Function desselben und zwar des Theiles der unterhalb des betroffenen Gelenkes gelegen ist; die Anästhesie wird in diesem Falle durch eine gerade der Amputationslinie des Gliedes analoge Linie begrenzt. Dabei tritt das Gesetz hervor, dass die hysterische Lähmung niemals der nervösen Vertheilung folgt, sondern sich gewissermassen um ein Gelenk als Centrum gruppirt, so dass man eine brachiale Monoplegie in eine Lähmung des Schulter-, des Ellenbogen- und des Handgelenks zerlegen kann.

Die electrische Erregbarkeit der Muskeln bleibt normal, der electrische Widerstand ist in Folge der Anästhesie vemehrt. Auffallend ist eine auf mechanische Reizung auftretente Neigung zur Contractur, so nach der eine gewisse Zeit fortgesetzten Percussion einer Sehne oder Massage oder nach Application einer Ligatur.

Ernährungsstörungen der Muskeln treten auf, sie gehen mit einer äusserst schnell eintretenden Atrophie einher. Auch die Ernährung der Haut ist herabgesetzt, die Temperatur um einige Zehntel Grade vermindert, die Farbe cyanotisch.

II. Lähmungen mit Contractur. Sie kann in den Extensoren oder Flexoren überwiegen, letzteres ist häufiger. Bei Contractur der oberen Extremität ist der Arm gegen die Brust gedrückt, der Vorderarm steht in stumpfem Winkel und in Supination zum Oberarm, das Handgelenk ist nicht flectirt. Die Finger sind über die Metacarpalkal-

knochen gebeugt. Die Contracturstellung des Handgelenks ist die am häufigsten vorkommende. Die in Flexionsstellung contrahirten Finger können sich in einer Stellung befinden, die sich der Extension nähert, so dass eine Art Schreibestellung zu Stande kommt. An der unteren Extremität ist die Contractur im Fussgelenk die häufigste; der Fuss befindet sich in Equinovarusstellung, die Spitze nach innen geneigt, Astragalus und Malleol. exter. springen stark hervor, die Zehen sind flectirt. In der Ruhe erscheint der Fuss als Verlängerung des Beines beim Gehen ruht er auf der äusseren Kante.

Bei der Contractur im Kniegelenk kommen alle Grade der Flexionsstellung vor, Extensionsstellung ist sehr selten.

Die Fälle von Contractur im Hüftgelenk sind stets mit Arthralgie complicirt.

Die activen Bewegungen sind sehr beschränkt oder gleich Null, passive steigern weder noch vermindern die Contractur, ein Zeichen, dass beide Muskelgruppen betheiligt sind. Ist die Contractur nicht sehr stark ausgesprochen, so sind die Reflexe gesteigert, oft ist selbst spinales Zittern vorhanden; die Percussion der Sehne rief bei einem Kranken Zittern hervor wie bei Parkinson'scher Krankheit. Die cutane Sensibilität ist in dem contracturirten Gliede erloschen, ausgenommen einige unregelmässige Parthien mit erhaltener Sensibilität, die Anaesthesie der tieferen Theile (Knochen, Gelenke) tritt unter gleichen Bedingungen auf. Zuweilen ist Hyperaesthesie vorhanden. Störungen der Ernährung — Epidermisabschuppung — werden beobachtet, Muskelatrophie ist vorhanden, das electrische Verhalten ist nahezu normal.

III. Arthralgien. Sie geben noch häufig Anlass zu diagnostischen Irrthümern. Ihr Hauptsymptom ist eine Neuralgie, eine Hyperaesthesie der Endigungen der Gelenknerven, die eine organische Laesion des betreffenden Gelenks vortäuschen kann; ihr Lieblingssitz ist die Hüfte. Der Schmerz bleibt in der Ruhe bestehen und lokalisirt sich wie bei der Coxalgie in der Hüfte und auch im Knie, er verschlimmert sich durch Bewegung sowie durch Anstossen des Knies, des Fusses oder des Trochanter major. Die Haut über der Hüfte ist hyperästhetisch, ein wichtiges zuerst von Brodie angegebenes Symptom; diese Hyperästhesie beschränkt sich in einigen Fällen auf den Rumpf und folgt einer Linie, wie sie sich bei hysterischen Lähmungen die Anaesthesie begrenzend darstellt; zuweilen dehnt sie sich auf den Oberschenkel und die Haut der correspondirenden Seite aus. Die Haltung des Kranken ist characteristisch, das Glied erscheint verkürzt in Folge Contractur der Muskeln, die das Becken heben, der Kranke hängt nach der kranken Seite, der Fuss berührt nur mit der Spitze den Boden. Die spina iliaca der entgegengesetzten Seite steht höher, die Wirbelsäule beschreibt einen mit der Convexität nach der kranken Seite gerichteten Bogen. Gewöhnlich ist der Schmerz auf die Hüfte beschränkt, doch theilen sich Schmerz und Contractur dem Knie — und zuweilen auch dem Fussgelenk mit.

Diagnose. Grosse Aufmerksamkeit verdienen die sogenannten

Stigmates hystériques; sie zerfallen in sensitive (die häufigsten), motorische und psychische. (Mutismus etc.). Die sensitiven Stigmata fehlten bei 100 Kranken (50 Männer und 50 Frauen), die beliebig herausgegriffen wurden, nur in 7 Fällen, 93 boten Störungen der Sensibilität, die sich folgendermassen vertheilten: Complete sensitivsensorielle Hemianaesthesie bei 38, Anaesthesie des ganzen Körpers in allen Qualitäten bei 10, unregelmässig vertheilte Anaesthesie bei 20, Pharynxanaesthesie bei 55, Einengung des Gesichtsfeldes bei 70. Hemiopie wurde niemals beobachtet. Flimmerscotom bei Beginn des Anfalls bei 2, Hysterogene Punkte bei 35. Allgemeine oder partielle Hyperaesthesie bei 23 Fällen. Von motorischen Stigmaten fanden sich Anfälle in 73, (39 classischer regulärer, 34 irregulärer Form). Hysterisches Zittern in 7, Neigung zur Contractur in 43, (bei 18 Männern und 25 Frauen,) Neigung zur Contractur mit lethargischem Typus in 43, mit gemischtem Typus in 5, mit somnambulem Typus in 0 Fällen. In einer andern Zusammenstellung fand B. unter 70 Kranken 52 Mal Neigung zur Contractur (19 Männer, 33 Frauen). In 34 Fällen bestanden Lähmungssymptome, Paraplegien in 9, Monoplegien in 10, Lähmungen von Gliederabschnitten in 6, Hysterotraumatische Lähmungen in 13, Hystero-traumatische Contractur in 8 Fällen.

Im weiteren wird die Differenzialdiagnose ausführlich abgehandelt, deren nähere Details im Originale eingesehen werden müssen. Hervorgehoben wird, dass ein eigenes pathognomonisches Symptom für diese Zustände nicht existirt, das Characteristische derselben liegt in der Art der Gruppirung der einzelnen Erscheinungen, der Art ihres Auftretens und in dem Verlaufe resp. Ausgange. Was die Betheiligung des Facialis bei hysterischen Lähmungen anbetrifft, so vertritt B. die Ansicht, dass eine solche in diesen Zuständen nicht vorkommt; in Fällen, in denen sie anscheinend gefunden wird handelt es sich um einen Hémispasme glosso-labié der anscheinend gelähmten entgegengesetzten Seite.

Pathogenese. Ausgehend von der Beobachtung, dass man in der Hypnose durch Suggestion bei geeigneten Individuen die in Rede stehenden Zustände erzeugen kann, vertritt Verf. die Ansicht Charcots, der diese letzteren durch Autosuggestion entstehen lässt. Um den Mechanismus der Vorgänge zu verstehen, sind drei Bedingungen festzuhalten; der Zustand des Gehirns im Moment des Choc, die unmittelbare Wirkung des letzteren, die Spéculationen der Psyche nach demselben. Angst und Schreck, die von kürzerer oder längerer Dauer dem Trauma vorhergingen, spielen bei sämmtlichen Kranken eine grosse Rolle; im Moment des Trauma haben sämmtliche Kranke ein Gefühl von Abhandengekommenseins des verletzten Gliedes. Die letztere Idee von dem Verluste des Gliedes wird von dem Gehirn, dessen Perception durch den Choc gestört ist, ohne Controlle aufgenommen, und es unterdrückt mehr oder weniger brüsk alle Begriffe, die es hinsichtlich des betreffenden Gliedes besitzt. Die Entstehung der rigiden Lähmungen hat ihren Grund in der eigen-

thümlichen Erregbarkeit des Rückenmarks, die man Diathèse de contracture nennt. Die Contractur kann sich auf verschiedene Art vollziehen, sie kann auf eine tiefere oder oberflächlichere Reizung hin entstehen. Auch hier finden sich den Zuständen wie sie in der Hypnose erzeugt werden können, analoge Verhältnisse; so lassen sich im lethargischen Zustande, in dem das Gehirn schläft, Rückenmark und Medulla aber thätig sind, Contracturen nur auf tiefere Reize hin hervorbringen (lethargische oder spinale Contractur), im somnambulen Zustande dagegen bringen leichte Hautreize schon eine solche zu Stande (somnambule oder cerebrale Contractur). Die letztere bringt eigenthümliche paradoxe Haltungen hervor, ist nie so intensiv, exacerbirt und remittirt nicht, ist im Schlafe nicht vorhanden und weniger häufig mit Störungen der Sensibilität verbunden. Die Diathèse de contracture, die die cerebrale Contractur hervorbringt, gleicht der somnambulischen, während die spinale der lethargischen ähnlich ist. Bei der ersteren wird der Reiz der Haut zum Sensorium geleitet und steigt von dort die vorderen Zellen des Rückenmarks herab, die den unterhalb der Reizstelle gelegenen Muskeln vorstehen. Bei der spinalen setzt die von den tieferen Theilen ausgehende Reizung das Rückenmark direct in Thätigkeit, ohne erst das Gehirn zu passiren.

Die Prognose dieser Zustände ist stets eine ernste wenn auch keine trostlose. Häufig gehen Lähmungen plötzlich in Heilung über, häufig bestehen sie jahrelang ohne Aenderung. Die rigiden Lähmungen haben in Folge der trophischen Störungen, die sie mit sich bringen. eine schlechtere Prognose; sie können übrigens in schlaffe übergehen, ebenso wie die letzteren spontan oder unter dem Einfluss eines Trauma's in regide sich umwandeln können.

Die Behandlung hat alle gewaltsamen Proceduren (Contentivverbände, gewaltsame Streckung) zu vermeiden, da diese bei Contracturen nur Verschlimmerung oder Unheilbarkeit herbeiführen. Hydrotherapie, methodische Douchen, statische Electricität, Massage sind anzuwenden. Babinsky hat mit dem magnetischen Transfert in einem Falle gute Resultate erzielt. Die Suggestion in der Hypnose ist ebenfalls zu versuchen bei solchen Kranken, die derselben zugänglich sind. Holtermann (Sachsenberg).

275) **R. Vigouroux:** Sur la résistance électrique considerée comme signe clinique. (Der elektrische Widerstand als klinisches Symptom.)
(Le Progrès méd. 1888 3. 5.)

Verf. hat schon 1878 über den elektrischen Widerstand der Gewebe Beobachtungen veröffentlicht, namentlich in Buzug auf seine Verstärkung bei der hysterischen Anaesthesie, und darauf hingewiesen, dass dieses Verhalten in der Differenzialdiagnose als werthvolles Symptom zu vermuthen sei.

Bei frischen spinalen Lähmungen findet sich ebenfalls eine beträchtliche Vermehrung des electrischen Widerstandes; ist hingegen die Lähmung älteren Datums, so ist der Widerstand abgeschwächt, ein Verhalten, das den spinalen Ursprung einer Monoplegie beweisen kann.

Eine starke Abschwächung des Widerstandes tritt bei Morbus Basedowii zu Tage, er ist bis auf $^1/_4$ oder $^1/_5$ und weniger des regulären zurückgegangeu; es findet sich dieses Phänomen nicht nur bei den entwickelten sondern in demselben Grade auch bei den frusten Formen. Es ist wie auch die übrigen Symptome bei M. B. zuweilen sehr ausgesprochen, kann sich aber unter einer geeigneten electrischen Behandlung zurückbilden. Damit erklärt sich auch die grosse Empfindlichkeit der Kranken gegen die statische Electricität, da sie selbst verhältnissmässig schwache electrische Entladungen nicht vertragen, während bei Hysterischen häufig die stärksten Grade angewendet werden müssen. Ist Hysterie mit M. B. vergesellschaftet, so folgt das electrische Verhalten der praedominirenden Erkrankung; so fand sich in einem Falle bei einer hystero-epileptischen Kranken mit M. B., die keine Anaesthesie darbot, der electrische Widerstand stark vermindert, während er bei einer anderen mit Hemianästhesie beträchtlich verstärkt war.

Da die Flüssigkeiten des menschlichen Körpers die leitungsfähigsten Theile sind, so liegt es nahe bei Constatirung von Verminderung des electrischen Widerstandes zu schliessen, dass die betreffende Parthie mehr Flüssigkeit wie in normalem Zustande enthalte, sei es, dass dies durch eine Vermehrung des Blutes in den Gefässen oder durch seröse Ansammlung geschehen sei. Im ersteren Falle steht der electrische Widerstand im Zusammenhange mit dem Gefässtonus, es wird also der Grad des ersteren einen gerechtfertigten Schluss auf den Zustand des vasomotorischen Systems gestatten.

Den Leitungswiderstand der Epidermis hält V. im Gegensatz zu der Ansicht Erb's und anderer Autoren für gering; nach seiner Meinung hängt der Widerstand einer Körperregion hauptsächlich, wenn auch nicht ausschliesslich, von der Art der Zusammensetzung der unterhalb der Epidermis gelegenen Schichten ab.

Zur genauen Bestimmung des electrischen Widerstandes bedient sich V. des in 200zehntausendstel Ampèren getheilten senkrechten Galvanometers von Desprez-d'Arsonval, der vermittelst eines angebrachten Commutators als Voltmeter fungiren kann und so die Ermittelung des Widerstandes ohne grosse Apparate und Rechnungen gestattet.

Die nähere Beschreibung des Instrument's findet sich in dem Aufsatze und ist noch in einer Mittheilung desselben Verfassers im Progrès médical 1887 Nro. 2 über „genaue Dosirung in der Electrotherapie“ enthalten. Holtermann (Sachsenberg).

---

276) **C. Binz** (Bonn): Ueber Ammoniumsalze und Kampfer als erregende Arzneimittel. (Centralbl. f. klin. Medicin 1888 Nro. 2.)

Bei gesunden, kräftigen Kaninchen wuchs durch schmerzfreies Einbringen von 0,05 Salmiak in eine Vene die Athmungsgrösse (d. h. die eingeathmete Luft) um etwa den fünften Theil, ohne dass Krämpfe auftraten. Nach Einbringen von 0,1 Salmiak subcutan

stieg der Blutdruck recht deutlich. Wenn durch Chloralhydrat Athemgrösse und Blutdruck erniedrigt waren, wurde beides durch subcutane Einspritzung von Salmiak gehoben; die Wirkung war jedoch nur eine flüchtige und bei weiterem Fortfahren mit dem Salmiak zeigten sich Krämpfe. Die Versuche stehen im Einklang mit der Erfahrung, welche die Amoniacalia als Nervenerregungsmittel ansieht. Die bei grossen Gaben eintretenden Krämpfe und die Bewusstlosigkeit wird aber wohl für die Praxis hinderlich sein.

Die durch Kampfer erzeugten Krämpfe rühren von Reizung der medulla oblongata her. Einem Kaninchen wurde 0,02 Morphin in die Jugularvene gespritzt. Die Athmungsgrösse betrug vorher 670 cm. in der Minute und sank durch die Einspritzung auf 350. Die subcutane Einflössung von 0.16 Kampfer hebt die Athmung und bringt nach Wiederholung der Dosis sogar die Athmungsgrösse über die Norm.

Die Versuche unterstützen die günstige Meinung, welche man in der Praxis von der subcutanen Anwendung des Kampfers hat, wo es gilt, die durch Lähmung bedrohte Athmung über eine Krise hinwegzuführen. Goldstein (Aachen).

277) **F. Goldschmidt** (Nürnberg): Erythrophlaein als Anästheticum. (Centralbl. f. klin. Medic. 1888 Nro. 7.)

Verf. prüft das von Lewin beschriebene Alkaloid des Erythrophaeum judiciale, welches als Herzgift mit gleichzeitig krampferzeugender Wirkung, ähnlich dem Pikrotoxin geschildert worden. An der Injectionsstelle soll sich bei Thieren eine Anästhesie von grosser Intensität einstellen. Bei grossen Dosen sterben die Thiere unter Krämpfen. Bei Intillation einer 0,2% Lösung in's Auge trete 2—2½ Tage dauernde Anaesthesie auf.

Verf. stellte zunächst eine Nachprüfung des Mittels speciell auf das Auge des Kaninchens an. Er wandte eine Lösung von 0,1% an. 1 Tropfen derselben in den Bindehautsack eingeträufelt, erzeugt nach 10—15 Minuten eine vollständige Anaesthesie der Binde- und Hornhaut. Beim Menschen bewirkte ein Tropfen einer 0,1%igen Lösung ebenfalls nach 15 Minuten eine vollständige Anaesthesie der Binde- und Hornhaut, die 3—4 Stunden andauert und ohne Nebenerscheinungen verläuft.

Da die Anaesthesie des E. mit Erweiterung der Gefässe einhergeht, so wird es nach Verf. wohl nicht eine so ausgedehnte therapeutische Verwendung finden, wie das Cocain, dessen Wirkung zum Theil auf Gefässcontraction beruht. Wo nur Anaesthesie verlangt wird, kann es mehr leisten als Cocain. Wie weit die Abschwächung der Sensibilität in die Tiefe dringt und wie es sich demnach bei schweren Eingriffen und Operationen am Auge verhält, muss noch untersucht werden. Goldstein (Aachen).

378) **Heusner** (Barmen): Ueber Phenacetin.
(Therapeutische Monatshefte März 1888.)

In gleicher Weise wie Hoppe ist Verfasser nach zahlreichen Versuchen zu dem Resultate gelangt, dass das Phenacetin — ein neues, dem Antifebrin nahe verwandtes Derivat des Anilins — nicht nur ein gutes Fiebermittel ist, sondern auch *wegen seiner beruhigenden Einwirkung auf das Nervensystem* grösste Beachtung verdient. Bei Schmerzen, die durch Entzündung, Wunden, Carcinom, Meningitis und andere organische Veränderungen hervorgerufen wurden, zeigte das Mittel keine besondere Wirkung; dagegen bewährte es sich in noch höherem Grade als Antipyrin und Antifebrin bei Neuralgien und Erregungszuständen des Nervensystems, welche durch reflectorische Reizungen bedingt werden oder in allgemeiner Nervosität wurzeln. Bei Migräne, Gastralgie, Ischias, Schlaflosigkeit etc. in Folge von Uteruskrankheiten, Wandernieren, Ueberarbeitung u. s. w. erzielte H. oft geradezu überraschend günstige Erfolge.

Gegen Schlaflosigkeit aus Ueberarbeitung und nervöser Erregung hat Verf. Phenacetin in Dosen von 1,0 an sich selber wiederholt erfolgreich versucht. Es wirkt hier besonders günstig, wenn man das Pulver zusammen mit 1 Esslöffel Cognac geniesst. Da das Phenacetin keine Ermüdung oder üblen Nachwirkungen hinterlässt, auch nicht schlecht schmeckt, verspricht es „ein hervorragendes Mittel gegen viele hysterische, neuralgische und sonstige nervöse Beschwerden zu werden".

Rabow (Berlin).

---

279) **Oscar Jennings** (London): On poisoning by Antipyrin. (Antipyrin-Vergiftung.) (The Lancet. 25. Febr. 1888.)

Nachdem auf Anordnung J.'s acht Tage hindurch 2,5 Gram. Antypirin pro die von einer 67 Jahre alten Frau genommen worden waren, machten sich folgende Vergiftungs-Erscheinungen bemerkbar:

Neben dem Gefühl von Kälte, herabgesetzter Temperatur, Heiserkeit, catarrhalischer Conjunctivitis und Schnupfen bedeckte ein Erythem fast den ganzen Körper.

Geringes Ohrensausen abgerechnet, fehlten Störungen des Sensorium.

Diese Symptome verschwanden, nur Abgeschlagenheit und ein zeitweises Kältegefühl hinterlassend, nach Verlauf von wenigen Tagen.

J. kann die Angaben Séé's, dass 1 Mal in 12 oder 15 Fällen Antipyrin, aber nur, wenn es länger als 10—15 Tage in grossen Dosen, besonders bei Frauen, in Anwendung komme, weiter nichts als eine Urticaria ähnlichen Ausschlag hervorrufe, nicht bestätigen, er glaubt vielmehr, dass in gewissen Fällen, besonders bei alten Leuten jenes Medicament Vorsicht erheische; sowie dass wir gegen die dadurch hervorgerufene Intoxication in der Belladonna oder in subcutanen Atropin-Injectionen ein bewährtes Antidot besitzen.

Pauli (Köln).

---

280) **L. Ewer** (Berlin): Zur Therapie der Schlaflosigkeit.
(Therapeutische Monatshefte. Märzheft 1888.)

Alle medicamentöse Mittel haben bei längerer Anwendung ihre Schattenseiten. Dagegen giebt es ein anderes Mittel, das fast niemals versagt, einfach und bequem anzuwenden ist und keine üblen Folgen hinterlässt. E. kam auf dasselbe in Folge der Wahrnehmung, dass Patienten, die bei ihm wegen der verschiedensten Leiden in heilgymnastischer Behandlung waren, wiederholt nebenbei mittheilten, dass ihr Schlaf ein besserer geworden. Es ist geradezu erstaunlich, ein wie kleines Quantum von Muskelthätigkeit, besonders im Anfang der Behandlung schon genügt, um Schlaf zu bewirken.

Die vorgeschlagene Behandlung besteht nun darin, dass man in allen Gelenken des Körpers Widerstandsbewegungen machen lässt. Widerstandsbewegungen sind solche Bewegungen, die der Patient ausführt, deren Ausführung der Arzt zu erschweren suchte, dabei muss namentlich Anfangs über ein gewisses Maas nicht herausgegangen werden. Es ist ziemlich gleichgültig, zu welcher Tageszeit diese gymnastischen Uebungen vorgenommen werden. Ein Erfolg zeigt sich gewöhnlich schon nach wenigen Tagen. Bei hartnäckiger Schlaflosigkeit tritt der Schlaf alsdann allmählich ein mit allmählig zunehmender Dauer. Es bleibt zu beachten, dass (wie bei den meisten heilgymnastischen und Massage-Kuren) „ein Zuwenig Anfangs niemals schadet, ein Zuviel oft nicht wieder gut gemacht werden kann".

Rabow (Berlin).

---

281) **Sachs** (New-York): Notes on the cause and treatment of functional insomnia. (Bemerkungen über die Ursache und Behandlung der functionellen Schlaflosigkeit.) (Separatabdruck aus The med. News., 28. Mai 1887.)

Verf. hat vor allem die neurasthen. Form der Schlaflosigkeit im Auge; Hysterische neigen weniger zu wirklicher „Insomnia". Eine Reihe interessanter Krankengeschichten folgen aus des Verf. Praxis. S. hält die Insomnie für eine vasomotorische Störung; er warnt vor der Anwendung der Hypnotica, die nur vorübergehend wirken, um nachher den Zustand nur zu verschlimmern. Ist die Ursache in Ueberarbeitung oder anderen erschöpfenden Factoren zu suchen, so müssen diese natürlich zunächst ausgeschaltet werden; bei Anämie und allgemeiner Nervosität ist eine tonisirende Behandlung am Platze. Vor allem muss die Kraft des Herzens erhöht werden, am besten durch kalte Douchen auf Kopf, Brust und Rücken, blande Diät, ein alkalisches Mineralwasser, und viel Bewegung im Freien. Die passive Gymnastik ist nicht geeignet, die Action zu ersetzen. Ab und zu wird man trotzdem zu Hypnoticis greifen müssen, da viele Patienten sofortige Erleichterung vom Arzte verlangen. Morphium ist ganz zu verwerfen. Bromkali hat S. auch selten angewendet. Die besten Resultate erzielte er mit amorphen Hyoscyamin, $^1/_{20}$ Gran alle 3 Stun-

den. Paraldehyd hat den Nachtheil abgesehen von dem unangenehmen Geruch, dass man die Dosen successive vergrössern muss; andere unangenehme Nebenwirkungen hat S. nicht beobachtet.

Urethan, von welchem nicht mehr als 2—3 gr. gegeben werden sollten ist in einigen Fällen von Erfolg, und hat keine nachtheilige Wirkung auf die Verdauung. (Hiervon dürfte es wohl recht viele Ausnahmen geben. Ref.)

Auch Galvanisation des Kopfes vor dem Einschlafen ist öfters von Nutzen. Von allgemeiner Faradisation hat S. keinen Erfolg gesehen.

Koenig (Dalldorf).

---

282) **Niermayer** (Amsterdam): Bijdrage tot de leer der epilepsie behandling. (Zur Behandlung der Epilepsie.)

(Nederl. Tijdschrift voor Geneskunde Nro. 5 1888.)

N. hat in drei Fällen, in denen bis dahin Bromsalze vergeblich gegeben wurden, gute Erfolge von einer Combination des Broms mit Elektrotherapie gesehen. Im ersten Fall, der ein 10jähriges, seit $^3/_4$ Jahren an „idiopathischer“ Epilepsie leidendes Mädchen betraf, wurde die Behandlung 15 Monate lang ausgeführt, das Resultat war Heilung die jetzt $2^1/_2$ Jahr anhält. Die Therapie bestand in galvanischen Strömen von $^1/_{10}$—$^1/_3$ M. A. Stromdichte, applicirt mit stabiler Anode beiderseits über den Centralwindungen.

Im zweiten Fall bestand die Epilepsie nach einem Trauma im 8. Lebensjahre 18 Jahre hindurch; da die Erscheinungen links vorwogen, wurden hier die r. Centralwindungen mit stabiler Anode galvanisirt, auch diagonale Durchströmungen des ganzen Hirns vorgenommen. In zwei Jahren nach Beginn der Behandlung kamen nur 2 Anfälle vor.

Im dritten Fall bestanden seit 10 Monaten Vertigoanfälle, 3—4 mal täglich. Behandlung: 5 Gramm Bromnatrium p. d; tägliche Galvanisation der rechten Centralwindungen mit voltaschen Alterativen und kurzdauernden stabilen Strömen. Nach den ersten 4 Wochen der Behandlung kamen 19 anfallsfreie Tage; Beendigung der Cur nach 7 Wochen aus äusseren Gründen; weitere 7 Wochen lang blieben die Anfälle aus, letzte günstige Nachrichten im December 1887.

Kurella (Ahrweiler).

---

283) **E. C. Spitzka** (New-York): Delirium grave. (The journal of the american medical association. Aug. 1887.)

Verf. möchte für Delirium acutum den Namen Delirium grave setzen und nennt Mania gravis unter Aufzählung der Synonyma. Am Schlusse seiner monographischen Arbeit stellt er die hervorstechenden Erscheinungen in folgenden Sätzen zusammen:

Es befällt Personen, deren hereditäre Tendenz chemische (nutritive) Störung der nervösen Elemente involvirt.

Die Ursachen sind entweder functionelle Missbräuche oder äussere Einflüsse, die die bereits vorhandene Störung steigern.

Blut und Muskeln zeigen pathologische Zustände, die denen in zymotischen Krankheiten ähnlich sind

In Folge des mangelhaften Chemismus des invaliden Gehirns und seiner Unfähigkeit die Ursache zu eliminiren, entsteht irgend ein chemischer Körper, der auf die Nervenelemente toxisch wirkt und andere wichtige Gewebe verändert. Mit anderen Worten: Delirium grave ist als Selbstintoxication aufzufassen gleich dem Coma diabeticum.

Ob dieses Toxon unter die Ptomaine gehört oder dem chemischen Körper analog ist, den Meynert für das epileptische Coma vermuthet, muss dahin gestellt bleiben. Die Structurveränderungen im Gehirn sind nur secundär. Bei frühzeitigem Tode sind sie noch nicht auffindbar, bei längerer Krankheitsdauer kommen sie durch Hyperämie und Stasis zu Stande. Matusch (Sachsenberg).

---

284) **Jos. Wiglesworth**: On haemorrhages and false membranes within the cerebral subdural space, occurring in the insane (including the so-called pachymeningitis. (Ueber Hämorrhagien und Pseudomembranen im Subduralraum bei Geisteskranken, mit Einschluss der sogen. Pachymeningitis.) (The journal of mental science. Januar 1888.)

1) Die krankhaften Zustände die unter der Bezeichnung Pachymeningitis interna hämorrhagica beschrieben werden, sind nicht Folge von Entzündung, sondern entstehen durch Bluterguss unter die Dura und die so gebildeten Hämatome werden organisirt und gelegentlich in fibrinöse Membrane verwandelt.

2) Diese Blutergüsse kommen vorzugsweise bei Geisteskranken zu Stande, weil die Meningealgefässe in Folge des bei Geistesstörung häufigen Schwundes der Windungen ihre mechanische Stütze verlieren und Congestionszustände von kürzerer oder längerer Dauer hierbei häufig sind.

3) Weil diese Bedingungen bei Dementia paralytica am meisten zutreffen, treten Hämatome bei dieser Erkrankung öfter auf als bei anderen Formen.

4) Obgleich subdurale Hämorrhagie weitaus am häufigsten bei chronischen Psychosen vorkommt, sieht man sie auch in einzelnen acuten Fällen und zwar wesentlich, wenn nicht ausschliesslich bei *melancholischer* Färbung der Symptome. Hier kann sie eine Complication darstellen, die zur Todesursache werden kann.

5) Trauma ist in der Mehrzahl der Fälle auszuschliessen, unter begünstigenden Umständen scheint indessen eine geringfügige Verletzung eine deletäre Hämorrhagie hervorrufen zu können.

Matusch (Sachsenberg).

---

285) **P. J. Kowalewsky** (Charkow): Folie du doute. (The journal of mental science. Juli 1887 und Januar 1888.)

Verf. weist in dieser Monographie der Folie du doute Stellung unter den hereditären (degenerativen) Psychosen an und erklärt sie für das dritte Stadium nervöser Degenerescenz, deren erstes Neurasthenie und zweites *Pathophobie* ist. Den letzteren Namen hält er für besonders geeignet, weil er hinsichtlich des Gegenstandes der pathologischen Furcht nichts präjudicirt und einen Collectivnamen für die zahllosen und noch nicht erschöften Einzelnamen wie Agoraphobie, Claustrophobie, Panphobie, Hypsophobie u. s. w. setzt. Verf. summirt seine an zwei Fällen exemplificirten Ansichten in folgenden Sätzen.

1) Neurasthenie erzeugt Neurose in verschiedenen Formen und degenerative Psychose.

2) in vielen Fällen bleibt die Krankheit auf Neurasthenie beschränkt, diese übergeht aber in einigen Fällen in ein zweites Stadium — in elementare Alienationen.

3) Diese nehmen entweder einen günstigen Verlauf oder gehen in das dritte Stadium über, in ausgebildete Neurose und Psychose.

4) In Ausnahmefällen kann Neurasthenie Pathophobie mit Zwangsvorstellungen erzeugen, d. h. in folie du doute degeneriren, die sich

5) in einer Form oder in Verbindung mit anderen Formen degenerativer Psychosen, hypochondrischer Wahnvorstellungen etc. darstellen kann. Matusch (Sachsenberg).

---

286) **Fletcher Beach:** A case of inbecility with choreoid movements. (Fall von Schwachsinn mit chorea-artigen Bewegungen.) (The journal of mental science. Juli 1887.)

Patient war bis zum zehnten Jahre geistig gesund, dann nach einer Verletzung zunehmend stupide, später epileptischen Anfällen unterworfen. Nach einer Reihe von Anfällen im 17. Jahre (1 Jahr vor seinem Tode) blieb die linke Körperhälfte schwächer als die rechte, dies prägte sich nach weiteren Anfällen mehr aus und seit kurzem gesellten sich hierzu anhaltende Zuckungen im linken Arm, die in Gestalt von choreaartigen Bewegungen der Finger, der Hand, des Armes und der Schulter und in fibrillärem Zittern in den einzelnen Muskeln auftreten, schmerzlos sind, durch Aufmerksamkeit sich nicht steigern und Nachts cessiren. Beabsichtigte Bewegungen sind in beschränktem Masse möglich, werden aber athetotisch ausgeführt, die grobe Kraft ist gering. Bei intendirten Bewegungen der Finger machen die Zehen links Mitbewegungen, und zeichen auch sonst ab und zu leichtes Zucken. Die Zunge zittert. Der Kopf wird öfter nach hinten gezogen und gehoben, doch nur wenn Pat. die Zunge zeigt. Der Tod erfolgte unter epileptiformen Anfällen. Die Section ergab als wesentliche Veränderung abnorme Derbheit der rechten Schläfenwindung und des unteren Scheitelläppchens beiderseits sowie in der Rinde daselbst starke Vermehrung der Gefässe mit Vergrösserung des Calibers der meisten und ausgedehnte Infiltration ihrer Umgebung mit Leucocyten, beson-

ders in der Adventitia, stellenweise in dem Masse, dass es unmöglich wurde, den Verlauf des Gefässes darin zu entdecken. Diesen Befund glaubt Verf. als primär ansprechen zu können und die klinischen Symptome als eine aus gestörter Ernährung resultirende Functionsstörung der Nervenzellen. Matusch (Sachsenberg).

---

287) **Alex Robertson** (Glasgow): On catalepsy, with cases. Treatment by high temperature and galvanism to head. (Ueber Katalepsie. Behandlung mit hoher Temperatur und Kopfgalvanisation.) (The journal of mental science. Juli 1887.)

R. wandte in einem Falle von Katalepsie (plötzlicher Beginn, bis dahin 3 monatliches Bestehen) täglich zweistündige Berieselung des Kopfes mit warmen und heissen Wasser bis zu 50° C. an, später abwechselnd mit warmen und kalten (10° C.), schliesslich nach Aufhören der Berieselung Galvanisation des Kopfes.

Unter dieser Behandlung besserte sich die cataleptische Starre, aber es trat das Bild einer hallucinatorischen Verrücktheit mehr hervor. Nach Versetzung in eine andere Anstalt hatte er einige epileptische Anfälle und der Zustand schwankt gegenwärtig zwischen Entlassungsfähigkeit und Verschlimmerung, die durch Trunksucht entstehen soll. Dieser schreibt R. auch das Auftreten epileptischer Anfälle nach der relativen Besserung zu. (Vielleicht hat die Behandlung auch etwas dazu gethan! Ref.) Matusch (Sachsenberg).

---

288) **J. Keser** (London): A case of prolonged sleep. (Fall von langer Schlafucht.) (The journal of mental science. Juli 1887.)

Beschreibung des Falles des Kaufmanns Chauffat, der in einem Hôtel in London in fast ununterbrochenen 13 tägigen Schlaf verfiel.
Matusch (Sachsenberg).

---

289) **Lloyd Francis:** Outdoor work as remedial agent in insanity. (Aussenarbeit als Heilmittel bei Geisteskranken.) (The journal of mental science. October 1887.)

Fr. empfiehlt, die höheren Klassen der Kranken, mehr als bisher zur Beschäftigung im Freien heranzuziehen und erzählt einige Fälle, deren günstigen Verlauf er der Feldarbeit zuschreibt.
Matusch (Sachsenberg).

---

290) **J. Wiglesworth** (London): On the use of galvanism in the treatment of certain forms of insanity. (Ueber die Anwendung der Galvanisation in der Behandlung gewisser Psychosen.) (The journal of mental science. October 1887.)

Verf. zieht aus einer Reihe von Fällen, deren Verlauf er in Kürze mittheilt die Schlüsse, dass die Application des galvanischen

Stromes an den Kopf zwar keine Revolution in der Irrenbehandlung bewirken werde, sich aber doch in gewissen ausgewählten Fällen nützlich erweist, die sonst hoffnungslos dem Chronischwerden anheim fallen würden. Dies seien die Fälle die zur Gruppe der Melancholia attonita und acuten Demenz gehörten.

Matusch (Sachsenberg).

---

291) **A. Bouillard** (Paris): Les symptômes spinaux dans la paralysie générale des aliénés. (Die spinalen Symptomen der allgemeinen Paralyse des Geisteskranken.) (Gaz. des Hôp. 1888 Nro. 30.)

Es gibt ein Krankheitsbild, welches man allgemeine Paralyse mit spinaler Form genannt hat und welches in seinen Zügen so geartet ist, dass man an das gleichzeitige Vorhandensein einer Ataxie locomotrice und einer allgemeinen Paralyse denken kann.

Die Gegenwart dieser neben jener wird wahrscheinlich, wenn Delirien auftreten, und zur Gewissheit, wenn sich das Gedächtniss immer mehr und mehr abschwächt. Pauli (Köln).

---

292) **C. Moeli**: Ueber irre Verbrecher. (Berlin 1888, Fischers medicinische Buchhandlung, 180 Seiten).

Das reiche und interessante Material auf criminal-psychiatrischem Gebiete, das bekanntlich der Dalldorfer Anstalt zur Verfügung steht, hat in der ersten Bearbeitung (Sander u. Richter) schon einen gewissen Gegensatz der Auffassung entstehen lassen zwischen den beiden Bearbeitern desselben, soweit die Unterbringung der irren Verbrecher in Frage kam. Moeli nun deducirt in sehr schlagender Weise gerade aus Dalldorfer Erfahrungen die Nothwendigkeit besonderer Abtheilungen für geisteskranke Verbrecher. Aber das Buch bringt erheblich mehr, als nur einen Beitrag zu dieser viel ventilirten Frage. Das zu Grunde gelegte Material ist im ersten Capitel in 295 Krankengeschichten zusammengestellt. Dieselben füllen, in gedrängter Kürze, 95 Seiten; einige besonders interessante Fälle sind ausführlicher wiedergegeben; bei dieser Praegnans der Darstellung ist ein Referat nicht möglich. Für eine weitere Auflage des Buchs würde es sich vielleicht empfehlen das Material in tabellarischer Form noch einmal kurz zusammenzufassen. Die Uebersicht ist bei der von M. gewählten Form recht schwer, obwohl er die Fälle in 14 Gruppen theilt. Die 6 ersten Gruppen mit zusammen 89 Fällen umfassen die Verbrechen gegen die Person, die 3 nächst folgenden Gruppen die Vergehen gegen sociale Autorität, mit 28 Fällen, die zehnte Gruppe umfasst 6 Brandstiftungen, die 4 letzten Gruppen die Eigenthumsdelicte mit 162 Fällen. Innerhalb dieser umfangreichen Gruppen sind die Fälle wieder nach der klinischen Form angeordnet. Einige weitere Krankengeschichten sind an passenden Stellen dem Text eingefügt.

Der zweite Abschnitt des Buchs handelt „über den Zusammenhang von Geistesstörungen und Verbrechen“. Unzweifelhaft steht es fest, dass unter Geisteskranken ein höherer Procentsatz von Verbrechern gefunden wird, als unter Gesunden. Wie sich auf die einzelnen Categorieen von Vergehen „die verbecherischen Irren“ und die „irren Verbrecher“ vertheilen, ist ziffermässig schwer zu entscheiden, da die Anamnese häufig über die zeitliche Beziehungen zwischen Delict und Erkrankung keine genügende Aufklärung gibt; leichtere Uebertretungen (Vagabundage, Betteln, grober Unfug) finden sich sehr häufig bei Alcoholisten und Epileptikern.

Unter 14 Alcoholisten, die wegen Körperverletzung bestraft waren, waren 12 sicher schon vor der incriminirten That geisteskrank, und unter 12 wegen Mordes oder Todschlag verhafteten Personen waren 10 sofort als verbrecherische Irre erkennbar; die That wurde theils im Affect, theils unter dem Einfluss von Sinnestäuschungen und Wahnideen begangen. Eigentlich „impulsives Irresein“ liess sich in den beiden Gruppen der Vergehen gegen die Person nicht nachweisen. Vergehen gegen die Sittlichkeit kamen bei 26 Kranken vor, 11 davon waren Imbecille oder Idioten, 11 andere alte Blödsinnige; es handelte sich fast ausnahmslos um unzüchtige Handlungen mit Kindern. Von 12 Fällen von Majestätsbeleidigung waren zur Zeit des Delicts 11 psychisch krank; meist Alcoholisten oder Verrückte. Von 15 wegen militärischer Disciplinarvergehen Belangten war bei 5 Kranken keine genügende Aufklärung über das Vorleben zu erhalten, die übrigen 10 waren zur Zeit der That sicher krank. Von 6 Brandstiftern waren 5 während des Delicts irre. In allen diesen Gruppen überwogen somit die sogen. verbrecherischen Irren, in der Mehrzahl der Fälle lagen in der Krankheit selbst die positiven Antriebe zur That.

Anders stellt sich das Verhältniss bei den Delicten gegen das Eigenthum. Bei wegen einfachen Diebstahls oder Unterschlagung verhafteten Irren waren 27 Männer (von 67) zur Zeit der That krank.

Gewohnheits- resp. gewerbsmässige Eigenthumsverbrecher kamen 79 zur Beobachtung, sämmtliche Männer. M. unterscheidet hier folgende Categorien: 1) Solche Individuen, bei denen die verbrecherische Laufbahn in *erster* Linie von schon gegebenen krankhaften Eigenthümlichkeiten abhängt. 2) Solche, bei denen psychische Abnormitäten einen *begünstigenden* Einfluss auf die Verbrecherlaufbahn haben. 3) Solche bei denen psychische Störungen *nachweislich* erst nach Delicten auftreten. 4) Solche bei denen der Zusammenhang sich nicht übersehen lässt.

Psychische *Schwäche* disponirt zu gewohnheitsmässigen Diebstählen. Der Schwachsinnige kann nicht mit der Arbeitsleistung Gesunder concurriren, arbeitet nicht ausdauernd, ist leicht anzustiften, gefällt sich gern in der Diebs- und Räuberromantik, zumal in der Grossstadt mit ihren zahllosen Gelegenheiten und Versuchungen. Aber auch psychische Eigenthümlichkeiten, die, wie Reizbarkeit, Selbstgefälligkeit, der psychischen Erkrankung lange vorausgehen, treiben viele Individuen in eine Verbrecherlaufbahn, weil sie sich nirgends auf die

Dauer in die gegebenen Verhältnisse schicken können. Die meisten der 79 Gewohnheitsdiebe zeigten auch eine schwere Belastung in der Ascendenz. Bei 15% fanden sich nervöse Eigenthümlichkeiten, Selbstmord, Verbrechen oder Trunksucht, bei 21% Psychosen und Neurosen in der übrigen Familie, bei 40% Epilepsie oder Geistesstörung in direkter Ascendenz. Vorausgehende Kopfverletzungen fanden sich besonders häufig bei wegen Körperverletzung belangten Individuen; bei zahlreichen andern scheint die der Kopfverletzung folgende Reizbarkeit und verringerte Erwerbsfähigkeit die Ursache gewohnheitsmässiger Eigenthumsvergehen geworden zu sein.

Die Frage des Vorkommens von Degenerationszeichen, und sonstigen körperlichen Missbildungen bei geisteskranken Verbrechern streift M. nur leicht und erwähnt dabei die Ermittelungen Sombroso's nur ganz kurz. Von Tätowirungen, die Lombroso als einen so ausserordentlich häufigen und characteristischen Befund bei degenerirten Verbrechern nachgewiesen hat, findet sich auffallenderweise bei M. gar keine Andeutung..

Als von jeher abnorm zeigten sich unter den 79 beobachteten Gewohnheitsverbrechern 35%, als „bedenklich" in dieser Hinsicht 22,5%, nicht nachweisbar war psychische Abweichung vor Beginn der Verbrecherlaufbahn bei allen übrigen. Bei einer grossen Anzahl der gewohnheitsmässigen Eigenthumsverbrecher war also die Bezeichnung als „irre Verbrecher" unzutreffend.

Der *dritte Abschnitt* beschäftigt sich mit der *Feststellung des Geisteszustandes* bei geisteskranken Inculpaten. Bei einer sehr grossen Anzahl dieser Individuen wird während des Gerichtsverfahrens die Geistesssörung *nicht* erkannt; M. wirft nun die Frage auf, ob sich in dieser Hinsicht ein wesentlich *verschiedenes* Verhalten bei den *einzelnen* Vergehen herausstellt, und auf welche Momente die Thatsachen zurückzuführen sind.

Wegen leichter Uebertretungen werden Schwachsinnige sehr häufig bestraft; ebenso häufig werden die verschiedenen Formen des Alcoholismus und solche Bewusstseinsstörungen, die nach Alcoholgenuss bei Epileptikern, Paralytikern, Periodikern auftreten und ohne auffallende Erscheinungen von Trunkenheit verlaufen, verkannt. Solche Kranke werden besonders häufig wegen Widerstands und Körperverletzungen bestraft, und bei diesen Delicten kann oft nur der Nachweis bestimmter für Alcoholwirkung charakteristischer Störungen der Sensibilität und Motilität auf die richtige Spur führen. Paralytiker und Verrückte wurden von der Anklage der Körperverletzung sämmtlich freigesprochen und dasselbe ergibt sich auch bei den des Mordes oder Mordversuchs Beschuldigten, wo das Unmotivirte eines so schweren Verbrechens sofort auffällt. Chronisch Verrückte und Querulanten werden sehr häufig wegen Beleidigung verurtheilt, weil ihre geläufige Dialektik die Krankheit verschleiert. Bei Sittlichkeitsverbrechen tritt die Krankheit der hier in Frage kommenden Imbecillen und Paralytiker gewöhnlich in der Untersuchungshaft deutlich genug hervor. Wegen militärischer Vergehen wurden Schwachsinnige öfter verurtheilt.

Für die Würdigung der Geistesstörung bei gewohnheitsmässigen Eigenthumsverbrechern fällt erheblich die in Laienkreisen herrschende Anschauung ins Gewicht, die Geistesstörung müsse sich in äusserlichen Auffälligkeiten ausprägen. In den betr. Strafthaten liegt aber gewöhnlich nichts für Geistesstörung äusserlich charakteristisches; die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit wird deshalb während der Untersuchung gewöhnlich überhaupt nicht gestellt. Auch während des Strafvollzugs treten die Kranken mit ihren Wahnideen gewöhnlich nicht offen hervor. Gerade hier spielt ein neues Moment, die Frage nach der *Simulation*, eine wesentliche Rolle. M. beschränkt sich auf die Betrachtung der Fälle, in denen Aerzten, selbst bei 6 wöchentlicher Anstaltsbeobachtung, die Frage der Simulation offen blieb. Er hat keinen einzigen Fall beobachtet, in dem ein ärztlich als geisteskrank erklärter Verbrecher sich als Simulant herausgestellt hätte.

Veteranen des Verbrecherlebens ist die Lüge zur zweiten Natur geworden, und sie behalten diesen Characterzug auch wenn sie geisteskrank werden. Natürlich erinnert diese Unwahrhaftigkeit an Simulation; auf der anderen Seite gefallen sich Schwachsinnige und Maniakalische im Lügen, Renommiren und Confabuliren, während die Verlogenheit der Epileptischen und Hysterischen die Unterscheidung von Simulation schwer machen kann. Die scheinbare Unbekanntschaft mit den einfachsten Dingen des täglichen Lebens findet sich oft bei durch die Disciplin eingeschüchterten geisteskranken Gefangenen, die aus Aengstlichkeit oder aus Eigensinn unzutreffend antworten, oder um lästigen und ungeschickten Fragen auszuweichen. Aus denselben Gründen können auch festwurzelnde Wahnideen verheimlicht werden. Hinfällige, aber häufig hervorgekehrte Argumente für die Annahme von Simulation sind die Hinweise auf folgerichtige Gedankenverknüpfung — die mit bestehenden Psychosen sehr wohl vereinbar ist — und auf ungewöhnliches Schwanken, „gemischtes“ Auftreten der aus den Lehrbüchern bekannten „Krankheitsbilder“.

Aber gerade in der Strafhaft entstehen plötzliche Angstzustände, die dann in der Anstalt schnell nachlassen, ein tief stuporöses Hindämmern ist oft durch die äusseren Verhältnisse veranlasst, und unberechenbare Sprünge sind durch Epilepsie, Altersschwachsinn etc. begründet. Wirkliche Simulanten wurden nun allerdings in Dalldorf auch beobachtet, aber viele von ihnen waren *ausserdem* psychisch abnorm. Schwachsinnige suchen bei ihrem Drange zum Lügen auch oft eine bestimmte auffallende Form von Geistesstörung zu copiren; Verrückte simuliren, um den wirklichen oder hallucinatorisch vorgestellten Unannehmlichkeiten ihrer Lage sich zu entziehen; Simulation beweist somit nichts gegen gleichzeitig bestehende Geistesstörung, auch wenn das betr. Individuum nachträglich zugiebt, simulirt zu haben.

Strafgefangene, die während der Haft erkranken, werden ja von vornherein gern als Simulanten betrachtet; gelegentlich vom Anstaltsarzte, während die Verwaltungsbeamten der Anstalt schon nicht mehr an der Krankheit zweifeln. Die Verlogenheit, Verbissenheit so vieler Verbrecher legen diesen Verdacht ja nahe. M. giebt schliesslich noch

einige Beispiele, in denen Geisteskranke sich der Simulation beschuldigten und dissimulirten, um in die Haft zurück zu kommen, und einige andere Fälle von Simulation Gesunder, aus denen zum mindesten hervorgeht, dass unter Umständen eine sehr lange fortgesetzte Beobachtung nöthig ist.

Der *letzte Abschnitt* erörtert die *„Behandlung und Unterbringung geistesgestörter Verbrecher.“* Nach einer kurzen, aber alles wesentliche erschöpfenden Darstellung der Geschichte dieser vielumstrittenen Frage verwahrt sich M. zunächst dagegen, seine aus den Dalldorfer Verhältnissen abgeleiteten Folgerungen schlechthin verallgemeinern zu wollen.

In Dalldorf finden eingelieferte Gewohnheitsverbrecher sofort Anschluss an frühere Bekanntschaften aus der Strafhaft und treten zusammen mit ihnen, oft in rohester Weise, in einem Gegensatz zu der übrigen Umgebung. Meist sind sie sittlich ganz verwahrlost und bedingen besondere Maassnahmen der Controlle; häufig werden thätliche Angriffe ernsterer Art auf das Personal versucht; Angriffswaffen werden mit besonderer Ausdauer und Geschicklichkeit angefertigt, und vor allem besteht eine fortdauernde Neigung zu Entweichungen. Dieser Umstand zwang schliesslich dazu, die Ausbruchslustigen in dem einzigen festeren Pavillon zusammen unterzubringen, und hier kam es nun zu gemeinsam verabredetem Durchbrechen der Fenster und Thüren der Wände und des Fossbodens, häufig unter Mitwirkung der Besucher oder des bestochenen Personals. Wie zwei graphische Darstellungen lehren, versuchten von den Gewohnheitsverbrechern 43% Ausbrüche, während sich bei allen übrigenn Delicte diese Zahl auf 2,2% beläuft; für die Entweichungen stellen sich diese Zahlen auf resp. 33,7% und 5,8%. Es entfallen also die Entweichungen und Ausbrüche in Dalldorf in ganz überwiegendem Maasse auf die rückfälligen Eigenthumsverbrecher. Von den 28 an Ausbrüchen betheiligten Verbrechern (es handelt sich um einen Zeitraum von nur $2^1/_2$ Jahren) waren über 70% schon kurz nach der Pubertät in die Verbrecherlaufbahn gerathen, und nur bei 3 fällt die erste Verurtheilung in die Zeit nach dem 25. Lebensjahre. In dem Vorwiegen dieser schwachsinnigen, jugendlichen Diebe sieht Verf. den Hauptgrund für die in Dalldorf entstandenen Schwierigkeiten; so entwickelte sich eine Art Ausbruchssport unter diesem Element, dessen Entwickelung die Nähe der Hauptstadt nur begünstigte.

Durch Schaffung einer eigenen Abtheilung, die M. geradezu mit dem vorgeschlagenen „Anexe“ für irre Verbrecher auf eine Stufe stellt, wurde den Uebelständen entgegen gearbeitet. Aus dieser besonders fest construirten und scharf überwachten Abtheilung sind seit Jahresfrist Entweichungen nicht mehr geglückt und die getroffenen Vorrichtungen genügten, die durch oft bestrafte Kranke entstehenden Störungen möglichst zu beschränken. M. empfiehlt, einem von vornherein für diesen Zweck bestimmten Gebäude eine einfache Form unter Vermeidung aller Ecken und Winkel zu geben, es ausreichend zu beleuchten, die Eingänge leicht übersehbar anzuordnen, eine grössere Anzahl von Zellen, von Einzelschlafräumen und freundlich eingerich-

teten Einzel-Tagesräumen zu schaffen, dabei zur Beschäftigung im Freien geeignete, hochummauerte Gärten neben kleineren, für die Erholung Einzelner bestimmten Höfen. Dem Vorschlage Sander's, die irren Verbrecher in den vorhandenen Abtheilungen für störende und gefährliche Kranke unterzubringen, hält er für undurchführbar und wenig zweckmässig. Die Schwierigkeiten in der Versorgung irrer Verbrecher beginnen erst, wenn sie nicht mehr störend sind.

Für die Provinzen schlägt M. vor, die irren Verbrecher einer Provinz nicht auf alle Anstalten derselben zu vertheilen, sondern alle Kranken dieser Kategorie in einer besonders eingerichteten Abtheilung *einer* Anstalt unterzubringen. In diese Abtheilung könnten ausserdem andere dauernd ungewöhnlich gefährliche Kranke ohne Weiteres aufgenommen werden.

Zu einem bestimmt formulirten Vorschlage kommt M. jedoch in dieser Beziehung nicht. Er hält die ganze Frage nocht nicht eher für spruchreif, bis nicht an allen Strafanstalten psychiatrisch vollkommen durchgebildete Aerzte angestellt wären; erst die von ihnen zu sammelnden Erfahrungen können genügendes Material zur endgiltigen Entscheidung der Frage liefern. Die grosse Zahl nicht eigentlich Geisteskranker, aber doch auch nicht vollsinniger und nur partiell zurechnungsfähiger Sträflinge müsste ohnehin schon zur Bildung besonderer, für sie bestimmter Annexe an den Strafanstalten führen. Schneller und leichter könnten (nach dem Urtheil vieler Strafanstaltsbeamten und -ärzte) in dieser Weise psychisch zweifelhafte Gefangene in eine ihrem Zustande entsprechende Lage versetzt werden. Weiterhin spricht M. für die Aufstellung von Strafbestimmungen für Fälle verminderter Zurechnungsfähigkeit; wenn er diesen letzten Begriff auch für nicht ganz unanfechtbar hält, erwartet er von solchen Bestimmungen doch einen Einfluss in Fällen mässigen Schwachsinns, in denen jetzt die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit überhaupt meist nicht aufgehoben wird.

Im ganzen machen die Ausführungen über die Versorgungsfrage auf den Ref. den Eindruck, als spräche M. seine eigentliche Meinung nicht mit voller Entschiedenheit aus. Wer die Schilderungen der Dalldorfer Erfahrungen (S. 151—162) aufmerksam liest, der kommt zu dem Schluss, dass der irre Verbrecher nicht in eine communale Irrenanstalt gehört, und dass es Sache des Staats sein muss, das Problem seiner Versorgung zu lösen. Ohne eine durchgreifende Reform des Strafvollzugs überhaupt wird diese Frage nicht beantwortet werden können. M. scheint dann auch der Prophylaxe des Verbrechens hier eine besondere Bedeutung beizulegen, und schliesst sein interessantes Buch mit einer Reihe bemerkenswerther Vorschläge.

Er empfiehlt die Ausdehnung der Zwangserziehung verwahrloster, schwachsinniger Kinder auf eine längere Zeit, eventuell bis über das 20. Jahr hinaus, nach und trotz einer Verurtheilung, und die Anpassung der Strafart und des Strafmaasses an die Individualität des Einzelnen.

Kurella (Ahrweiler).

293) Bewegung der niederländischen Anstaltsbevölkerung 1886.

Holland zählte 1886 bei $4^1/_2$ Million Einwohnern und 33000 Quadrat-Kilometer Fläsche 17 Anstalten. Aufgenommen wurden darin in diesem Jahre 1369 Kranke — 681 Männer, 688 Frauen. Aus den Anstalten kamen 1158, davon geheilt entlassen 360, ungeheilt 265, todt 533. Es blieben am Januar 1887 in den 17 Anstalten 5340 Kranke, 2652 Männer, 2688 Frauen.

Kurella (Ahrweiler).

---

294) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Falscher Eid, zweifelhafte Zurechnungsfähigkeit, Dementia senilis incipiens. Gerichtsärztliches Gutachten.

(Bl. f. ger. Med. u. s. w. 38. Jahrg. 6. Heft Nov. und Dez.)

Akten. Der Realitätenbesitzer K. wird von Z. im August 86 des Meineides beschuldigt, weil er in einem weitläufigen Civilprocess im Juni 86 beschworen hatte, es sei seines Wissens und Erinnerns nicht wahr, dass er im Juli 83 eine dem Z. gehörige Kuh nebst Kalb verkauft und den Erlös an ihn nicht abgeführt habe. K. bestreitet zuerst die unrichtige Ableistung des Eides, giebt sie aber später zu und entschuldigt sich damit, dass er als alter schwachsinniger Mann von seinem Vertreter dazu beredet worden sei. K. ist 72 J. alt, wohlhabend und gut beleumundet. Zahlreiche Zeugen, ausser Frau und Sohn, erklären ihn für geistesschwach. Der Käufer des Viehes fügt dem noch hinzu, dass K. sich von Z., mit dem er lange einen Viehhandel betrieben, gänzlich beeinflussen lasse. Die Hauptverhandlung am 29. 12. 86 wird behufs Erhebung des Geisteszustandes vertagt. Die zuerst zugezogenen Sachverständigen erklären ihn am 22. 2. 87 für zurechnungs- und dispositionsfähig. Exploration am 30. 3. 87. Explorat gibt gern über alles Auskunft. Er bedauert seine und der Richter Inkommodirung, hält sich für unschuldig gekränkt. Er könne von Z. nicht loskommen; die ganze Affaire sei dessen persönliche Rankune. Er habe mit Z. nur um Ruhe zu haben, einen für ihn selbst nachtheiligen Vergleich geschlossen, aber doch seinen Zweck nicht erreicht. Bezüglich jüngst vergangener Ereignisse ist er schlecht orientirt, gibt dagegen fernliegende Erreignisse seines Lebens genau an. Seit 7 Jahren fühle er Abnahme des Gedächtnisses und Nervenschwäche. Letztere äussere sich in plötzlichem Hinfallen mit Unvermögen sich allein aufzurichten. Die Grösse seiner Wirthschaft vermag er nicht genau anzugeben. Körperlich ist K. noch ziemlich conservirt, zeigt aber entschiedene Zeichen von seniler Involution und Alterszittern. Die Sinnesorgane fungiren noch gut; er klagt nur über schlechten Schlaf und Kopfsausen.

Gutachten. K. leidet an seniler Geistesschwäche, was aus dem Vorwiegen von Gedächtniss-Insufficienz hervorgeht. Bei seniler Geistesschwäche pflegt der Grad der geistigen Functions-Störung mit den Innervations- und Ernährugszuständen des Gehirns zu wechseln. Dieser Umstand erklärt das Resultat der ersten Exploration. Die Zeugenaussagen beweisen das Urtheil, Wille und Thatkraft des Exploraten höchst defect sind. Die ersten Anfänge der senilen Involution des

Gehirns dürften 7 Jahre zurückdatiren, denn zu diesem Zeitpunkte zog sich K. vom öffentlichen Leben zurück, liess sich von Frau und Sohn bei Geschäften unterstützen und begann der für ihn so unheilvolle Einfluss des Z. Mangelhafte Einsicht und grosse Bestimmbarkeit sind namentlich für senile Geistesschwäche characteristisch. K. besitzt keine Einsicht für die ihm imputirte Strafthat und kann sie auch nicht durch Andere gewinnen. Zu bestimmen, inwiefern ein derart defecter Mensch noch eides- und dispositionsfähig war und zurechnungsfähig sei, ist Sache des Gerichtshofes.

Landsberg (Ostrowo).

---

295) **Richard J. Kinkead:** Case of M. R. A medico-legal study. (Fall M. R. Eine forensische Studie.) (The journal of mental science. Januar 1888.)

Die Krankenwärterin M. R. hatte seit 8 Tagen sehr anstrengenden Wartedienst ohne Ablösung bei einem Typhuskranken. Am Abend des 23. April trank sie ein Glas Whisky, in der Flasche blieb ein Rest von ca. 5 Gläsern zurück, der am Morgen fehlte. In der Nacht erwachten die Angehörigen der Kranken durch das Geschrei der R. und fanden sie schreiend um den brennenden Körper der auf dem Boden liegenden bekleideten Kranken herumtanzen, wobei sie nach Branntwein rief und in verwirrter Weise äusserte, sie habe „den *Teufel*“ verbrannt. Der Referent besuchte sie 30 Stunden nach der That und fand sie wohl körperlich sehr schlecht, aber keine geistige Erkrankung. Die Frage lag, ob sie geisteskrank oder betrunken war. Wurde das letztere angenommen, so musste nach englischem Gesetze die R. bestraft werden. Der Hinweis auf die neuropathische Constitution der Angeklagten, ihre Erschöpfung durch Nachtwachen und die Wahrscheinlichkeit eines lebhaften Schreckes in der Nacht überzeugten die Richter, dass es sich um eine acute Geistesverwirrung gehandelt habe. Die Kranke wurde einer Anstalt übergeben. During the Lord Lieutenants pleasure.

Matusch (Sachsenberg).

III. Aus den Vereinen.

Académie de médecine zu Paris.

Sitzung vom 27. Dezember 1887. (Le Progrès médical 1887. 53.)

296) **Legrous** berichtet über schnelle Heilung der Chorea durch Antipyrin. Er hat es in 6 Fällen angewendet und hält es für das schnellste und wirksamste Mittel gegen diese Erkrankung; die Heilung erfolgte im leichtesten Falle binnen 6, im schwersten innerhalb 27 Tagen. L. gibt 1 Gramm Antipyrin in 20 Gr. Orangensyrup gelöst; um den gewünschten Erfolg zu erreichen, muss man bis zu 3,0 Antipyrin pro die steigen.

Holtermann (Sachsenberg).

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig. Druck von **Philipp Werle** in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. 15. April 1888. Nro. 8.

Inhalt.

I. Original-Vereinsberichte. Ostdeutscher irrenärztlicher Verein. Von **A. Leppmann.** **Freund**: Einige Grenzfälle zwischen Aphasie und Seelenblindheit. **Wernicke**: Krankenvorstellung zur Demonstration selten beobachteter Symptome. **Wernicke**: Zur anatomischen und pathologischen Vorbildung der Irrenärzte. II. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Von **Koenig**: **Moll**: Ueber Hypnotismus mit Demonstration an Kranken.

II. Referate und Kritiken. **Nansen**: Structur der Nervenelemente und ihre Verknüpfung im Centralnervensystem. **Koch**: Ursprung und Verbindungen des Hypoglossus in der Medulla oblongata. **Goltz**: Ueber die Verrichtungen des Grosshirns. **Leubuscher u. Ziehen**: Ueber die Landois'schen Versuche der chemischen Reizung der Grosshirnrinde. **Wallenberg**: Veränderungen der nervösen Centralorgane in einem Falle von cerebraler Kinderlähmung. **Engel**: Ein Fall von Cysticercus cellulosae beim Menschen als Beitrag zur Diagnostik des Cysticercus cerebri. **Eisenlohr:** Zur Pathologie der centralen Kehlkopflähmungen. **Perregaux**: Monoplegia brachialis mit Sensibilitätsstörungen. **Böhi**: Drei Fälle seltener Muskelerkrankung. **Ssirski**: Psoriasis als eines der Symptome der Tabes dorsalis. **Hoffmann**: Beitrag zur Aetiologie, Symptomatologie und Therapie der Tabes dorsalis. **Eulenburg**: Ueber Combination von Tabes dorsalis mit motorischer Systemerkrankung des Rückenmarks. **Ziehen**: Die diagnostische Bedeutung des Fehlens des Kniephänomens. **Soltmann**: Mittheilungen aus dem 50. Krankenbericht des Wilhelm-Augusta-Hospitals zu Breslau. **Homén**: Hemiplegia spastica infantilis. **Runenberg:** Hemiplegia spastica infantilis. **Kisch**: Der Einfluss der Fettleibigkeit auf Gehirnkrankheiten. **Schwarz**: Ein Fall von Reflexaphasie. **Dehio**: Ein Fall von Ruminatio humana. **Hauff:** Ist Hypnose ein pathologischer Zustand? **Homén**: Zur Lehre von den epileptogenen Zonen. **Epstein**: Beitrag zur Anwendung des Erythrophlacins. **Zeroni**: Antipyrin als Hypnoticum. **Clark**: Aetiologie, Pathologie und Behandlung der Puerperalpsychosen. **Friedenreich**: Die Zwangsvorstellungs-Krankheit. **Pohl**: Ueber Magenblutungen in der progressiven Paralyse. **Wille**: Die Lehre von der Verwirrtheit. **Peter**: Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des Zungenbeins.

III. Aus den Vereinen. Gesellschaft Galizischer Aerzte. Ueber Hypnose.

IV. Reactionelle Mittheilungen.

I. Original-Vereinsberichte.

I. Ostdeutscher irrenärztlicher Verein.

Von Dr. A. Leppmann.

XVI. Sitzung am 23. Februar 1888 zu Breslau.

297) **C. S. Freund:** *Einige Grenzfälle zwischen Aphasie und Seelenblindheit.*

Verf. berichtet über mehrere z. Th. selbst beobachtete Fälle,

welche eine Sprachstörung zeigten, die den bisher aufgestellten Formen sich nicht unterordnen lässt.

Das Wesen derselben besteht darin, dass eine Reihe von Hauptwörtern, welche einen concreten Begriff zum Ausdruck bringen, im Wortschatze fehlen, während die Bedeutung der durch das betreffende Wort bezeichneten Gegenstände, wie aus der zweckmässigen Benutzung derselben hervorgeht, dem Bewusstsein nicht entschwunden ist und zwar fehlen die Benennungen nur so lange, als zum Erkennen der Gegenstände nur der Gesichtsinn benutzt wird. Sobald andere Sinne zur Orientirung beitragen, z. B. die betreffenden Objecte betastet werden, können sie sofort mit Namen bezeichnet werden.

Verf. erklärt diese Störung durch Unterbrechung der Leitungsbahnen, welche die corticalen Sehsphären mit dem Sprechcentrum verbinden. Hierdurch können die optischen Erinnerungsbilder nicht mehr zum Zustandekommen der Wortbilder im Sprachcentrum beitragen und da in vielen Fällen gerade das optische Erinnerungsbild allein oder doch hauptsächlich das Wortbild im Sprachcentrum erzeuge, fallen durch eine solche Leitungsunterbrechung die betreffenden Worte aus.

Bewiesen wird diese Annahme noch dadurch dass in dergleichen Fällen sich andere klinische Zeichen für Läsion der betreffenden Bahnen wie z. B. Hemianopsie finden und doch die Sectionsbefunde eine gleiche Deutung zulassen.

Verf. nennt diese neue Form von Aphasie *optische Aphasie.*

Er betont ferner, dass ähnlich wie diese Aphasie durch die völlige Seelenblindheit dadurch entstehen könne, dass durch Zerstörung im Marke beider Occipitallappen die Associationsbahnen zwischen der unversehrten Hinterhauptslappenrinde und den anderen Rindengebieten unterbrochen sind. Auch dafür bringt er einen casuistischen Beitrag.

298) **Wernicke** (Breslau): Krankenvorstellung zur Demonstration selten beobachteter Symptome.

a) *Eigenartige Sprachstörung.* Ein seit 8 Tagen tobsüchtig erregter Paralytiker zeigte neben allgemeiner motorischer Unruhe sogenannte maniakalische Aphasie. Der Kranke sprach und schrie nämlich spontan in ganz unverständlichen, sinnlosen Lauten und unarticulirten Sylben, so dass man eine schwere aphasische Störung vor sich zu haben glaubte. Gelang es aber seine Aufmerksamkeit zu fixiren, so sprach er abgesehen von der gewöhnlichen paralytischen Ataxie vollkommen verständlich. Vortr. macht darauf aufmerksam, dass in diesem Falle, die Bewegungen des Kranken die maniakalische Form zum Theil vermissen lassen und mehr ein choreatisches Gepräge haben. Aehnlich sei es mit der Sprache, welche in ihrem Zerfall in stossweise hervorgebrachte Laute und Sylben an die Sprachbehinderung bei Choreatischen erinnere und wohl am richtigsten als *choreatische Aphasie* zu bezeichnen wäre.

b) *Periodische völlige Taubheit* bei einem Paralytiker, welche sich jeweils unmittelbar nach paralytischen Anfällen zeigt und mit

Paraphasie einhergeht. Derselbe Kranke bot zeitweilig auch ein anderes wenn auch weniger seltenes Symptom, nämlich periodische sensorische Aphasie ebenfalls nach paralytischen Anfällen. Man konnte ihn in solchem Zustande, trotzdem er kein Wort verstand, dazu bringen vorgepfiffene Melodien nachzusingen.

299) **Wernicke** (Breslau): *Zur anatomischen und pathologischen Vorbildung der Irrenärzte* ist auf Antrag des Vortragenden in der Breslauer psychiatrischen Klinik nach Eröffnung der neuen städtischen Irrenanstalt also voraussichtlich vom 1. Oct. d. J. ab folgende Einrichtung getroffen. Es sind zum Zwecke wissenschaftlicher Untersuchungen für 6—8 Laboranten Arbeitsräume geschaffen, welche mit allen wissenschaftlichen Hilfsmitteln ausgerüstet sind. Hier wird unter Anleitung des Directors der Klinik das grosse Sectionsmaterial derselben systematisch bearbeitet werden. Eine möglichst ausgiebige Inanspruchnahme dieser Gelegenheit zu genauerer Vorbildung ist erwünscht und dürfte namentlich für jüngere Psychiater wichtig sein.

II. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Von Dr. Koenig in Dalldorf.

Sitzung vom 9. April 1888.

300) **Moll:** *Ueber Hypnotismus mit Demonstration an Kranken.*

M. demonstrirt verschiedene Stadien des Hypnotismus an Kranken aus seiner Praxis; auf die therapeutischen Erfolge geht er nicht ein.

Die leichten Stadien des Hypnotismus sind für das Studium am wichtigsten; sie gehen am häufigsten in die tiefen Stadien über; man muss sich darüber klar werden, dass es sich um einen psychischen Zustand handelt; dieser kann allerdings gelegentlich auch einmal somatische Merkmale mit sich bringen; das ist aber nicht die Regel; deswegen darf man aber nicht den Hypnotismus leugnen, und Zustände für Simulation erklären, weil uns die somatischen Symptome fehlen. Die Individuen, welche M. zeigt, sind früher schon oft von ihm hypnotisirt worden, vor 3 Monaten zum letzten Mal. Moll erzeugt die Hypnose durch eine Combination von Fixation und Suggestion. Das erste, was einzutreten pflegt, ist eine Schwere des Augenlides; das ist das äussere Kennzeichen für den Beginn der Hypnose; gewöhnlich sind die Bulbi nach oben rotirt; aber auch dieses Zeichen ist sehr relativ.

Ein weiteres Zeichen ist ein eigenthümliches Vibriren in dem oberen Augenlide, das nicht so leicht simulirt werden kann; auch ist typisch die Art, wie die Betreffenden sich bestreben, die Augen zu öffnen. Die Stirnmuskeln werden gewaltsam zu Hilfe genommen. Wenn aber diese Zeichen fehlen, so beweist das weder für noch gegen Simulation.

Eine weitere Vertiefung der Hypnose erfolgt durch die kataleptischen Erscheinungen; wir bezeichnen unter Katalepsie in der Hypnose

jenen Zustand, bei dem die betreffende Person die Stellung der Glieder beizubehalten die Neigung hat, die ihr von dem Hypnotiseur gegeben worden ist.

Bei dem erhobenen kataleptischen Gliede ist die Art des Sinkens nicht so characteristisch, wie Charcot behauptet.

Es empfiehlt sich, die Leute gleich nach der Hypnose vollständig aufzuwecken, da sie sonst leicht in die Gewohnheit verfallen, längere Zeit nachher zu schlafen. Bei einer Frau, die eine linksseitige Hemiparese in Folge von Embolie hatte, fiel der linke Arm rascher herunter als der rechte; die Patientin hat zu gleicher Zeit Hemiathetose der linken Zehen; durch Suggestion hat es M. soweit gebracht, dass Patientin die Zehen jetzt stundenlang ruhig halten kann.

Katalepsie bei geöffneten Augen zu erzielen, ist möglich, wenn auch selten; ebenso ist es nicht unbedingt nöthig, dass ein Augenschluss bei Beginn der Hypnose eintritt. Ein Symptom, das fast immer für ein Zeichen von Simulation angegeben worden ist, ist das Lachen; das bedeutet gar nichts, auch das beweist nichts, wenn die Person nachher angibt, sie habe simulirt. Ebensowenig erlauben Zitterbewegungen den Schluss auf Simulation; helfen kann uns bei der Diagnose auf Simulation nur das Gesammtbild; je mehr man gesehen hat, desto seltener wird man sich täuschen lassen.

II. Referate und Kritiken.

301) **Nansen** (Bergen): Nerveelementerne, deres structur og sammenhäng i centralnervesystemet. (Structur der Nervenelemente und ihre Verknüpfung im Centralnervensystem.) (Nordiskt Medicinskt Arkiv XIX. Nro. 24.)

Die grosse Bedeutung der Untersuchungen Nansens liegt darin, dass sie, an einem ganz anderen Material und mit andern Methoden unternommen, als die gleichgerichteten Forschungen Golgis (s. dies Centralblatt 1887 p. 293) und ganz unabhängig von den letzteren zu denselben Resultaten über die Beziehungen zwischen Nervenfaser und Ganglienzelle führen. N. geht in der Bekämpfung der bisher über diese wichtige Frage geltenden Lehren aber noch einen Schritt weiter als Golgi, und will in der Ganglienzelle nur noch das nutritive Centrum der Nervenfaser sehen nicht mehr den Vermittler der Reflexe, oder den Aufstapelungsort sensibler Reize resp. den Ausgangspunct motorischer Leistungen.

Es braucht wohl nicht näher dargelegt zu werden, welche Bedeutung diese neue Hypothese für die allgemeine Physiologie und Pathologie des Centralnervensystems hat; alle Vorstellungen die man sich bisher von der Natur der Nervencentren, von der centralen Bedeutung der Rindenganglienzellen gemacht hat, sind mit dieser Erschütterung der Rolle der Ganglienzelle als functionelles Centrum in Frage gestellt. Mag die einschneidende Wichtigkeit des Problems die Ausführlichkeit unseres Referats entschuldigen.

N. hat als Material für seine Untersuchungen Mollusken, Würmer verschiedener Classen, Crustacen (besonders Hummer) und Ascidien benutzt; von Wirbelthieren nur einige niedrig stehende Fische (Myxine und Amphioxus). Alle diese Thiere haben nur marklose Nervenfasern. N. lässt die *Nervenfasern* aus einer relativ festen äusseren Scheide, und einem weiteren Inhalt bestehen; dieser Inhalt setzt sich nicht, wie man bisher annahm, aus Fibrillen und einer interfibrillären Substanz zusammen, sondern aus feinen Primitiv-Röhren, die eine halbflüssige, hyaline Substanz, die eigentlich nervöse Substanz, enthalten. Nach Leydig nennt er die Substanz der Röhren Spongioplasma, ihren Inhalt Hyaloplasma.

Die *Nervenzellen* haben eine aus der Hülle der Nervenfasern hervorgehende Scheide; ihre Substanz hat zu constituirenden Bestandtheilen Primitiv-Röhren, ganz wie die Nervenfasern; auch die Ausläufer der Ganglienzellen bestehen aus diesen Primitiv-Röhren. Ausser dem Hyaloplasma und Spongioplasma enthalten die Ganglienzellen noch eine dritte, mit Osmiumsäure oder Hämatoxylin intensiv färbbare Substanz. Die Primitivröhren zeigen im Innern der Zelle oft eine concentrische Anordnung, der Querschnitt ihres Spongeoplasma giebt dann das früher oft beschriebene Bild einer fibrillären Streifung.

Die *Ausläufer* der Zellen sind bis auf *einen* nervöser Natur, protoplasmatisch, und gehen zu den Blutgefässen, zur Oberfläche des Centralnervensystems oder zur Neurolgia; *nie* fanden sich Verbindungen zwischen den Ausläufern verschiedener Ganglienzellen.

Der *nervöse Ausläufer* (Axencylinderfortsatz) sammelt sich meist als concentrirte, abgegrenzte Masse von Primitivröhren im Innern der Zelle; der eine Theil der nervösen Ausläufer behält seine Individualität und setzt sich direct in einen peripheren Axencylinder fort, unter Abgabe weniger feinster Seitenzweige; der andere Theil verliert seine Individualität und verliert sich durch Spaltung in dem verwickelten Fibrillengewebe des Centralnervensystems. Nach diesem Schicksal ihres Ausläufers zerfallen also die Ganglienzellen in 2 ganz verschiedene Classen. Die der Marksubstanz bei Wirbelthieren entsprechende Punctsubstanz der Wirbellosen besteht nur aus dichtverschlungenen Primitivröhren, die nicht mit einander communiciren; ihr reticuläres Aussehen wird durch die im verschiedensten Sinne verlaufenden Querschnitte des Spongioplasma verursacht.

Die *peripheren* Nervenröhren sind 1.) directe Fortsätze von Ganglienzellen (so in den Fasern aus den vorderen Rückenmarkswurzeln von Myxine) und 2.) entstehen sie aus zahlreichen, der Punctsubstanz entspringenden Primitivröhren (so in den hinteren Wurzeln von Myxine). In Uebereinstimmung mit Golgi sieht also N. die motorischen Fasern direct aus den Ganglienzellen, die sensibelen aus der Vereinigung feinster Primitivfasern hervorgehen.

Da somit keine Ganglienzelle direct eine sensible Faser aufnimmt und zwei Ganglienzellen nie miteinander communiciren, ist die traditionelle Auffassung über die Zusammensetzung des „Reflexbogens“ unhaltbar. Vielmehr besteht der Reflexbogen aus der centripetalen

Nervenfaser, dem übertragenden Geflecht feinster Zweige, und der centrifugalen Nervenfaser. Aus dem mittleren Gliede des Reflexbogens können einzelne feinste Zweige direct zu höher gelegenen Centren führen. Das centrale reticuläre Gewebe scheint also die Bedeutung zu haben die man bisher den Ganglienzellen zuschrieb.

Man kann nicht annehmen, dass die Ganglienzellen der niederen Nervencentren irgend eine directe Bedeutung für die willkürlichen oder die Reflexbewegungen haben, und damit ist auch die Bedeutung der Ganglienzellen höherer Centren in Frage gestellt.

Die protoplasmatischen Ausläufer der Ganglienzellen können bei ihren anatomischen Verknüpfungen nur der Ernährung dienen; durch sie wird von der Ganglienzelle aus die Primitivröhre ernährt, deren halbflüssiger Inhalt eine lebhafte Circulation, stetige Strömungen von und zu der Ganglienzelle wahrscheinlich macht. Hat eine Nervenfaser (wie die der Hinterwurzeln) keine directe Verbindung mit einer Ganglienzelle innerhalb des Centralnervensystems, so muss sie ihre ernährende Zelle ausserhalb desselben haben; für die Fasern der hinteren Wurzeln sind dies die Zellen der Spinalganglien.

Ob die Ganglienzellen neben ihrer nutritiven Function auch noch eine andre haben, z. B. die Eindrücke aufzunehmen und aufzubewahren, will N. dahin gestellt sein lassen, obgleich er sich das centrale Fibrillengewebe ebenso leicht als den Ort einer solchen Aufbewahrung denken kann. Bei wirbellosen Thieren ist hohe Intelligenz nicht an besonders mächtige Entwicklung oder weitgehende Differenzirung der Ganglienzellen geknüpft, dagegen ist das centrale Fibrillengewebe um so mächtiger entwickelt, je höher und complicirter die Intelligenz ausgebildet ist, und demnach sieht N. in dem centralen Fibrillengewebe, nicht in den Ganglienzellen, den Sitz der Intelligenz.

Kurella (Ahrweiler).

---

302) **Koch** (Kopenhagen): Nervus hypoglossus Udspring og Forbindelser i medulla oblongata. (Ursprung und Verbindungen des Hypoglossus in der Medulla oblongata. (Köbenhavn 1887.)

K. hat seine Arbeit bei Weigert in Frankfurt ausgeführt; als Material dienten Tauben, Katzen- und Kalbsembryonen, Gehirne neugeborener und erwachsener Menschen. Die Resultate der Arbeit sind:

1) Zwischen der Olive und dem Hypoglossus bestehen keine Verbindungen.

2) Vor dem eigentlichen Hypoglossuskern Stilling's findet sich ein accessorischer Kern.

3) Vor dem Eintreten in den Kern findet keine Kreuzung von Wurzelfasern statt.

4) Der Kern besitzt ein System von Längsfasern, die seine einzelnen Abtheilungen mit einander eng verbinden, und von Querfasern zu dem Kern der anderen Seite.

5) Aus dem Kern gehen centripetale Fasern nach Kreuzung in der Raphe an die hintere Fläche der Pyramidenstränge.

6) Die Verbindungen mit den Seitenstrangkernen und dem Vago-Accessoriuskern ist zweifelhaft. Kurella (Ahrweiler).

---

303) **Fr. Goltz** (Strassburg i. E.): Ueber die Verrichtungen des Grosshirns. (Pflüger's Archiv. f. Psychologie. 42. Bd. 9. u. 10. Heft.)

Wie G. experimentell festgestellt hat, kann ein Hund, welchem die ganze linke Hälfte des Grosshirns fortgenommen ist., mit der rechten bei völliger Gesundheit, eine geschwächte Intelligens ausgenommen, weiter leben.

Hiernach und nach Analogie anderer paarigen Organe lässt sich ein gleiches Verhältniss auch vom Menschen voraussetzen, um so mehr als derartige Operationen, wenn auch nicht in so grossem Masse, von Horsley mit demselben Erfolge ausgeführt worden sind.

Dass durch diese Feststellung die Annahme kleiner umschriebener Centren, deren Gegenwart G. in Abrede stellt, stark erschüttert wird, liegt auf der Hand, doch spricht anderseits zu Gunsten ihres Vorhandenseins die Erwägung, der zufolge sich der erhaltene Rest dieser Centren durch Uebung stärkt und damit deren Function wiederkehrt.

Nach weiteren Ermittelungen hatte die Wegnahme gleich grosser Abschnitte von den vorderen Hälften des Gehirns oder von seinen Hinterhauptslappen im ersten Falle trotz nicht zerstörter Stirnlappen deutliche, im zweiten viel weniger markirte Motilitätsstörungen und in beiden Fällen tiefen Blödsinn zur Folge. Pauli (Köln).

---

304) **G. Leubuscher** und **Th. Ziehen** (Jena): Ueber die Landois-'schen Versuche der chemischen Reizung der Grosshirnrinde.
(Centralbl. für klin. Medicin 1888. Nro. 1.)

Die Versuche der Verf. bestätigten im Grossen und Ganzen die von Landois (siehe dies. Centralbl. 1887, Nro. 8. pag. 231) gefundenen Thatsachen. Sie fanden jedoch, dass schon die Freilegung der gesammten motor. Rindenzone allein Reizerscheinungen hervorrief. Die Körperachse der operirten Kaninchen neigte sich nach der gekreuzten Seite, die gekreuzten Extremitäten waren näher an den Körper herangezogen. Um diese Erscheinungen zu eliminiren, wurde unter die eröffnete Dura die betr. chemische Substanz geschoben, die Trepanöffnung aber nicht erweitert. Andrerseits wurde eine Freilegung der motor. Zone auch auf der anderen Seite vorgenommen, um die durch die Operation gesetzte Reizwirkung für beide Körperhälften gleich zu gestalten. Chlornatrium wirkte nicht anders, als die Freilegung der motor. Zone überhaupt. Chlorkalium und harnsaures Natrium riefen nur schwache Krampferscheinungen hervor.

Abweichend von den Resultaten Landois's war: das Fehlen jeder erheblicheren Bewusstseinsstörung bei einseitiger Application; nie trat Neigung der Körperachse nach *derselben* Seite auf. In den meisten Fällen hörten die Krämpfe schon nach wenigen Stunden auf.

Ferner beobachteten die Verf. einen Tremor der Vorderextremitäten, der keinen corticalen Charakter hatte, wohl auf tiefer gelegene Centren, mithin auf die von Landois erwähnte gesteigerte Reflexerregbarkeit zu beziehen ist. Auch bei Rindenreizung trat Nystagmus auf. Die Reihenfolge der Krampferscheinungen bei Hunden bei Uebergang auf die gleichseitige Körperhälfte war (im Gegensatze zu Landois) die, dass das Hinterbein zuerst Krämpfe zeigte und dann erst die höher gelegenen Körperparthieen. Störungen des Muskelgefühls wurden nur sehr selten beobachtet, ebenso gelang es selten, abnorme Lage der Pfote herbeizuführen. Auftreten von Pupillendifferenz als abhängig von der Reizung, erscheint sehr zweifelhaft.

Die Beziehungen dieser Versuche zur *Uraemie* haben viel Plausibles für sich. Immerhin lässt sich Manches dagegen sagen, so z. B. dass Landois Amaurose und Schwerhörigkeit, sicherlich doch Ausfallserscheinungen, auf die Rinde bezieht, in welcher doch ein Reizungszustand vorwaltet. Goldstein (Aachen).

---

305) **Wallenberg** (Danzig): Veränderungen der nervösen Centralorgane in einem Falle von cerebraler Kinderlähmung.
(Arch. f. Psych. XIX. 2. p. 297.)

Es handelte sich um eine apoplectische Cyste im rechten *Grosshirnschenkel* wahrscheinlich auf eine durch Endocarditis bedingte Embolie zurückzuführen. Der etwa *Erbsen-grosse Defect* befindet sich auf einem Querschnitt unterhalb der vorderen Vierhügel und zwar hauptsächlich in der Haube mit ihrem unteren Drittel in das mittlere Drittel des Fusses hineinreichend. Auf diese Weise ist die Subst. nigra durchbrochen und der innere Theil der Schleife sowie zum grossen Theil der rothe Kern zerstört. Die Folgeerscheinungen oberhalb der Brücke waren: Atrophie der lateralen Oculomotoriusbündel, des entgegengesetzten Bindearms, der gleichseitigen Substantia nigra und des mittleren Drittels der Fussfasern. — Die Veränderungen im Rückenmark, welchen der Verf. den Character der secundären Degeneration von dem centralen Herde aus vindicirt (von den polemischen Erörterungen sei hier abgesehen) geben in ihrer Totalität ungefähr folgendes Bild: „Die Seitenstränge enthalten ein Degenerationsgebiet, welches im obersten Halsmarke seine grösste Extensität, im mittleren Dorsalmark seine grösste Intensität erreicht. Während es oben in den Vorderseitenstrang hineinreicht, beschränkt es sich weiter unten auf Pyramiden- und Kleinhirnseitenstrang-bahn.“ Die Goll'schen Stränge sind bis zur Mitte des Dorsalmarkes an der Degeneration betheiligt und zwar ist der Degenerationskeil am deutlichsten und kleinsten im obersten Rückenmark und nimmt bis zum Ende des Cervicalmarkes an Ausdehnung zu, während die Zahl der ergriffenen Fasern beständig abnimmt; von da ab wird das Degenerationsfeld zu einer unregelmässigen Figur. Betreffs der Clarke'schen Säulen ist zu bemerken, dass im oberen Dorsaltheile die Querfasern in beiden Dorsaltheilen sehr stark, dagegen die Ganglienzellen wenig afficirt sind. Die Degeneration der letzteren nimmt im unteren Dorsaltheil stark zu.

Langreuter (Eichberg).

---

306) **E. Engel** (Prag): Ein Fall von Cysticercus cellulosae beim Menschen als Beitrag zur Diagnostik des Cysticercus cerebri.
(Prag. med. Wochenschr. 1888. Nro. 2.)

Kahler stellte im Verein deutscher Aerzte in Prag die 23 jährige Dienstmagd Barbara Seifert vor, welche seit 3 Jahren an heftigen Kopfschmerzen litt. Anfänglich einige Male in der Woche auftretend, plagen sie jetzt, nachdem $^1/_2$ Jahre lang gar keine Schmerzanfälle vorhanden waren, nur noch alle 4—6 Wochen die betr. Patientin. In der ersten Periode des Leidens waren die Anfälle rein cephalalgische, von grosser Heftigkeit, in der zweiten Periode begannen sie mit Ameisenlaufen in der linken unteren Extremität, das sich auf die linke obere Extremität ausbreitete und mit Kopfschmerz ohne bestimmte Localisation endigte. Uebelkeit und Erbrechen.

Die klinische Untersuchung ergab eine muskelkräftige, etwas anaemische Person. Milz bedeutend vergrössert. Vor einigen Tagen der letzte cephalalgische Anfall. Jetzt ist der Kopf völlig frei, keinerlei Symptome von Seiten des Centralnervensystems. Die ophthalmoscopische Untersuchung ergab beiderseitige, links stärker ausgesprochene Stauungspapille.

Zahlreiche im Unterhautzellgewebe sitzende kleine, harte Geschwülste, die nach Exstirpation als durch Cysticercusblasen bedingt erwiesen, führten zur Diagnose Cysticercus cerebri. Ein Fall von v. Wecker wird wiedergegeben zum Beweise dafür, dass Stauungspapillle bei Cysticerken des Gehirns schon früher beobachtet ist.

Goldstein (Aachen).

307) **Eisenlohr** (Hamburg): Zur Pathologie der centralen Kehlkopflähmungen. (Arch. f. Psych. XIX. 2. p. 314.)

Es handelte sich um eine *bulbäre Herderkrankung* (wahrscheinlich einfach myelitischer Natur) bei einem 33 jährigen Arbeiter, welche nach 3 jährigem Verlauf zum Tode führte (pleuritischer Abscess). Die klinischen Symptome — sämmtlich linksseitig — bestanden hauptsächlich in Trigeminus-anästhesie, Gaumensegellähmung, Recurrenslähmung, Anästhesie der l. Kehlkopfhälfte und Nystagmus rotatorius bei Seitwärtswendung des Blickes. Der bulbäre Herd im Zustande vorgeschrittener bindegewebiger Degeneration erstreckte sich mit einem Querschnitte von sehr unregelmässiger Form vom unteren Abschnitt der Pyramidenkreuzung bis zur Höhe des Acusticus-austritts. Von unten nach oben gerechnet waren folgende Parthieen an der Entartung betheiligt: Tuberc. Rolandi, gelatinöse Substanz des Hinterhorns, Acusticus-wurzeln, Basis des Hinterhorns, Verlauf der Accessoriuswurzel, aufsteigende Quintus-wurzel, hinterer Vaguskern, einstrahlende Vagus-wurzel, dessen vordere Kerne und Kerne der Seitenstränge. — Die interessanten Einzelheiten der sehr sorgfältigen Untersuchungen, welche sich nur an der Hand der ausführlichen Erörterungen des Textes sowie der beigegebenen Abbildungen verfolgen lassen, geben dem Verf. Veranlassung zu verschiedenen epikritischen Bemerkungen.

Langreuter (Eichberg).

308) **Perregaux** (Montreux): Monoplegia brachialis mit Sensibilitätsstörungen. (Corresp. f. Schweizer Aerzte 1888. 7.)

Parese des rechten Vorderarms, besonders der Hand und Finger, nach der Peripherie zunehmend. Ungeschicklichkeit, fast Ataxie bei feineren, complicirten Bewegungen, während einfache leichter gelingen. Bedeutende Herabsetzung der Haut- und Muskelsensibilität, des Temperatur-, Muskel- und Tastsinns. Erhalten ist im ganzen die grobe Kraft, nur ist der Händedruck rechts schwächer als links.

Diese Veränderungen sind bei einem 70 jährigen Manne mit atheromatösen Arterien, der in seinem 50. Lebensjahre einen leichten Schlaganfall erlitten hatte, plötzlich in einer Nacht aufgetreten. Die Vertheilung und Natur der hier vorhandenen Störungen weisen entschieden auf einen centralen Ursprung hin. Das scheinbar Auffallende der Sensibilitätsstörung erklärt sich gerade aus dem Rindenursprung der Störung. (Vergl. Wernicke, Lehrb. der Gehirnkr. I. 324 ff.)

Erlenmeyer.

---

309) **Böhi**: (Erlen-Schweiz): Drei Fälle seltener Muskelerkrankung. (Correspondenzbl. für Schweizer Aerzte. 1888.)

Pseudomuskelhyperthrophie. 1) C. H., Bauerssohn $16^1/_2$ Jahre alt lernte mit 2 Jahren gehen, vorher durch Krankheit verhindert, war immer schwächlich und von blassem Aussehen, Mutter glaubt den Beginn der Krankheit in das 9. oder 10. Altersjahr verlegen zu dürfen. Schwäche und Müdigkeit im Rücken und in den Beinen. Treppensteigen wurde schwer. Vermehrtes Kältegefühl in den Beinen. Vater starb mit 57 Jahren an Herzleiden. Mutter und Geschwister gesund; ähnliche Erkrankung in der Familie und deren Seitenzweigen nie beobachtet. Ob in letzteren Nervenaffection vorgekommen, ist nicht angegeben.

Stat. praes. (2. Dezb. 1884). Pat. ist gedunsen, Hautfarbe schmutzig blass. Oberkörper stark rückwärts, Lendengegend sattelartig vorwärts gebogen. Brust abgeflacht, Schulterblätter vorstehend. Waden mässig, prall anzufühlen; plump und schwerfällig. Maasse: Oberarm in der Mitte rechts 21,2, links 21 cm. Vorderarm an der dicksten Stelle rechts und links 22 cm. Oberschenkel in der Mitte beiderseits 34 cm., über dem Knie 30, Wade an der dicksten Stelle rechts 32,5, links 33 cm, Unterschenkel über dem Knöchel rechts und links 20 cm. Körperbewegungen unbeholfen, motor. Kraft abgeschwächt. Gang wackelnd, unsicher, aus sitzender Stellung schwer zu erheben. Arme kann er nicht in die Höhe heben. Bewegungen der Zehen und des Fussgelenkes unvollkommen. Unterschenkel können gegen die Oberschenkel nicht bis zu einem rechten Winkel erhoben werden; auch die Bewegungen in den Hüften sind nicht ausgiebig. Beim Gehen hebt er mit Mühe den Fuss vom Boden ab und wirft ihn nach vorn. Elektromuskuläre Sensibilität normal, Contractilität liegt darnieder (in wie weit? Ref.) in den Deltoidei, Tricipites brachii, den Flexoren des Vorderarms, den Glutaei, Extensoren und Adductoren

der Oberschenkel sowie den Wadenmuskeln. Pat. lebte noch 10 Jahre, davon 8, wegen Unvermögens zu Gehen, im Bett.

2) Robert H., intelligenter Knabe von 13 Jahren, lernte Gehen mit $^3/_4$ Jahren, Gangart soll stets wiegend gewesen sein. In den letzten 2 Jahren rasch zunehmende Schwäche in den Beinen; jetzt ist er nicht 5 Minuten zu Gehen im Stande. Beim Zubodenfallen will er mitunter leichtes Zucken in den Kniekehlen verspüren, Vater starb mit 59 Jahren an Herzleiden. Geistesstörung in der Familie väterlicherseits.

Stat. praes. v. 4. Mai 1883. Etwas Kurzkopf mit stark vortretender Temporalgegend. Muskulatur der oberen Extremitäten, der Schultern und des Thorax schlecht entwickelt, speziell atrophisch sind mi. deltoidei, tri- und bicipites der Oberarme, flexores und extensores der Vorderarme, pectorales, cucullares, latissimi und longissimi dorsi. Hypertrophisch sind Mi. quadrati lumborum, glutaei, Oberschenkel und besonders Wadenmuskeln. Maasse: rechter Oberschenkel in der Mitte 36, linker 36,5 cm. über den Knieen rechts 29,5, links 30 cm; Waden rechts 30,5, links 32 cm; Unterschenkel über den Malleolen rechts 18, links 19 cm. Steht mit ausgespreizten Beinen, Rücken oben nach hinten gebeugt. Sattelförmige Lordose in Lendengegend. Aus liegender Stellung kann Pat. sich nicht erheben. Gang watschelnd, unsicher. Patellarreflex subnormal. Electromuskuläre Contractilität der erkrankten Muskeln ist abgeschwächt, ebenso in vermindertem Grade die electrom. Sensibilität. Verliess nach kurzer Zeit das Bett nicht mehr, starb nach $1^1/_2$ Jahren an Phthise.

Juvenile progressive Muskelatrophie. 3) August Sch., 21 Jahre alt. Beginn der Erkrankung ungefähr im 12. Lebensjahre. Im letzten Jahre zunehmende Schwäche im Rücken, in den Armen und Beinen. Im Sommer 1886 konnte er noch täglich 4—5 Stunden gehen, im Herbst nur noch $1^1/_2$—2 Stunden. Vater und Mutter sowie Geschwister leiden an keiner Nervenaffection, ob sonst Jemand in der Familie, ist nicht angegeben.

Stat. praes. (10. Sept. 1886.) Auffallende Körperhaltung; Beine sind gespreizt, Wirbelsäule ist in der Lendengegend satttelartig eingebogen, Gang unsicher. Unter grosser Mühe vermag er sich aus knieender oder liegender Position zu erheben. Druck der Hände kräftig, Arme können nicht bis zur Horizontalen gebracht werden. Schulterblätter stehen flügelartig vor. Hebung, Senkung, Ab- und Adduction der Schultern und Arme hochgradig abgeschwächt. Atrophisch sind besonders die mi. deltoidei, bi- und tricipites brachii, pectorales majores und minores, cucullares, latissimi dorsi, serrati antici majores, rhomboidei, sacrolumbalis und latissimus dorsi. In geringerem Grade atrophisch sind die Muskeln der Oberschenkel. Sichtbar atrophisch sind die musculi glutaei und der extensor cruris. Maasse: Oberarm rechts 18,5 cm, links 19 cm.. Vorderarm rechts 21,5, links 21; Oberschenkel rechts 31, links 31, Wade rechts 31,5 links 32,5.

Faradischer Strom löst in sämmtlichen Muskeln Contractionen aus, sie sind wie die electro-muskuläre Sensibilität herabgesetzt. Beim

constanten Strom ebenfalls nur quantitative Herabsetzung, keine Entartungsreaction. Anwendung von Bädern, galv. und farad. Behandlung, Massage bessern das Leiden etwas. Kappler excidirte aus deltoideus und pectoralis kleine Muskelstückchen und fand mässige, trübe, körnige Degeneration einzelner Muskelfasern mit Schwund der Querstreifung; an einigen war die Querstreifung erhalten. Interfibrilläres Bindegewebe scheint vermehrt. Goldstein (Aachen).

310) **K. L. Ssirski**: Psoriasis als eines der Symptome der Tabes dorsalis. (St. Petersb. medicin. Wochenschrift 1888. Nro. 3.)

Ein 37 jähriger Officier a. D. zeigte den ganzen Rumpf gleichmässig bedeckt mit Psoriasisausschlag. Derselbe befindet sich auch auf den Hinterbacken und auf der ganzen Oberfläche der oberen und unteren Extremitäten mit Ausnahme der Handteller und Fusssohlen. Anamnestisch ist nur herauszubringen, dass Pat 1881—1883 an einem nässenden Ausschlag gelitten hat. Während des letzten russisch-türkischen Krieges heftige Malariainfection. Vor 1 Jahre ungefähr blitzartige Schmerzen in den unteren Extremitäten. Der im März 1887 von Verf. gesehene Ausschlag soll erst vor 4 Wochen entstanden sein. Pat. ist hereditär nervös belastet.

Das Aussehen des Pat. ist blühend. Gedächtniss ist hochgradig abgeschwächt, Vorstellungsvermögen ist schlecht. Neigung zur Cohabitation nicht vorhanden, Fähigkeit wohl. Pupillen sind etwas verengt, reagiren träge auf Licht. Gelinde Coordinationsstörungen, Schwanken bei geschlossenen Augen. Sehnenreflexe an oberen und unteren Extremitäten fehlen. Haut- und Kitzelreflexe fehlen. Muskelsensibilität ist abgeschwächt, Fähigkeit die Lage der Glieder zu erkennen, ebenfalls. Bei der electr. Exploration interessirt am meisten der vollständige Verlust der electrischen Schmerzempfindlichkeit an Handtellern und Fusssohlen. Vasomotor. Reflexe sind erhöht. Der Kranke wurde gar nicht medicamentös behandelt, nur 1—2 Mal wöchentlich bekam er lauwarme Bäder und ausserdem erhielt er Pillen aus Extr. liquiritiae; in Folge dieser Therapie — Therapia psychica — recht schnelles Schwinden des Ausschlags.

Verf. schliesst: Eine Anzahl Symptome sprechen für Tabes; von Bedeutung ist das Auftreten einer Verstärkung der Gefässreflexe, Hand in Hand gehend mit dem Verlauf des Krankheitsprocesses: bei voller Entwicklung des Ausschlages reagirten die Gefässe ungewöhnlich stark. Dieser Parallelismus unterstützt die Ansicht des Prof. Polotebnow, dass die Psoriasis eine vasomotor. Neurose der Haut ist.

Ref. bemerkt, dass in der Anamnese jeglicher Hinweis auf eine möglicherweise luetische Infection fehlt. Die psychischen Störungen legen den Verdacht auf beginnende progressive Paralyse sehr nahe. Eine so ungeheuere Wichtigkeit scheint das gewiss gar nicht seltene, oft ganz zufällige Vorkommen von Psoriasis bei Tabes kaum zu besitzen. Goldstein (Aachen).

311) **J. Hoffmann** (Heidelberg): Beitrag zur Aetiologie, Symptomatologie und Therapie der Tabes dorsalis. (Arch. f. Psych. XIX. 2. p. 438.)

Die fünf ausführlich mitgetheilten Fälle enthalten in den oben bezeichneten Richtungen folgendes Interessante:

I. Fall. Entstehung der Tabes durch täglich wiederholte ausserordentlich zahlreiche gleichmässige Erschütterungen bei einem Handmaschinenarbeiter. Heftige gastrische Krisen und Entorrhoeen, Ausfallen der Zähne und Abgestossenwerden der Zehennägel, Salivation, Hyperästhesie der N. n. acustici gegen den galvan. Strom mit herabgesetzter Hörfähigkeit. Verlangsamung der Temperaturleitung.

II. Fall. Syphilis als einziges ätiologisches Moment. Gastrische Krisen von ausserordentlich langer Dauer. Hyperacidität und Hypersecretion des Magensaftes. Irregularität der Herzaction. Epileptische Anfälle.

III. Fall. Vielleicht Syphilis. Heftige gastrische Krisen, einmal mit Leberanschwellung und Icterus (als intercurrente Infectionskrankheit aufzufassen). — Epileptische Anfälle.

IV. Fall. Vor 10 Jahren Syphilis. Gastrische Krisen, Entorrhoeen, Salivation, Irregularität des Pulses, Fieber centralen Ursprungs. Bedeutende Besserung nach Schmierkur und faradischer Pinselung.

V. Fall. Abmagerung der Hände. Beiderseits Atrophie der kleinen Handmuskeln mit Entartungsreaction (Graue Vorderhörner!).

Verf. macht besonders auf die häufige Mitbetheiligung des Digestionstractus aufmerksam. So gaben beispielsweise diesbezügliche Erscheinungen in 4 Fällen den Patienten die erste Veranlassung zur Aufsuchung ärztlicher Hülfe. — In therapeutischer Hinsicht wird besonders zu antisyphilitischer Behandlung gerathen. Bei den gastrischen Krisen hatte Antifebrin vielfach lindernde Wirkung.

Langreuter (Eichberg).

312) **A. Eulenburg** (Berlin): Ueber Combination von Tabes dorsalis mit motorischer Systemerkrankung des Rückenmarks.
(Deutsch. med. Wochenschr. 1887. Nro. 35.)

1) J. Schumacher, 42 J. alt, seit 12 Jahren Tabes. An den Händen bemerkbare Abschwächung der Function mit beginnendem Schwund des Opponens pollicis beiderseits und gänzlich aufgehobener Function des Flexor pollicis brevis. Stetiges Fortschreiten der Amyotrophie und Motilitätsstörung. Dieselbe verbreitete sich auf Ext. dig. commun. ext. dig. minimi, ext. indic. proprius und Interosseus externus. Badekuren nutzlos. Der Muskelschwund machte immer weitere Fortschritte.

2) Herr S., 44 Jahre alt, wahrscheinlich luetische Infection 1870. Im August 1884 Beginn der tabet. Erscheinungen; auffallend ist Neigung zu trophischen Erkrankungen der Hautgebilde. Im Novbr. 1886 schwere tabische Arthropathie des l. Kniegelenks, allmählich wachsende Schwäche der rechten Hand. Untersuchung ergab (Febr. 1887) complete Atrophie und Ausfall der Function des M. interosseus I ext.; sowie auch erheblich verminderte Energie an Int. ext. II und IV und

im Opponens rechts. Nach 3 monatlicher elektr. Behandlung functionelle Aufbesserung in den atroph. Muskeln.

3) Franz L. Schlosser, 42 Jahre alt, nervös belastet, hat mit Blei längere Zeit gearbeitet. Beginn der Krankheit Winter 1885/86 Heiserkeit, Erschwerung der Sprache, Dysurie. Seit Beginn dieses Jahres wachsende Schwäche erst des rechten, dann auch des linken Arms, Abmagerung im Arm und Bein rechts. Neben den tabischen Erscheinungen bestand Atrophie der rechten Oberschenkel-, Schulter-, Vorderarm- und Handmuskulatur, fibrilläre Zuckungen, Andeutung von Entartungsreaction. Zunge zeigt atrophische Mitbetheiligung. Muskulatur der Augen und die des Kehlkopfs zeigt ebenfalls paralyt. Innervationsstörung auf beiden Seiten. Augenbefund: Ophthalmoplegia exterior beider Augen, namentlich des linken. Myosis, reflector. Pupillenstarre. Ferner besteht Stimmbandlähmung. —

Die beiden ersten Fälle stellen reine Combinationsformen der typischen Tabes mit ebenso typischer und reiner progressiver Muskelatrophie dar; letztere ist offenbar die hinzugetretene Erkrankung.

Im dritten Falle treten Erscheinungen multipler Hirnnervenaffection hinzu, nicht blos im Gebiete bulbärer Nerven, sondern auch der motor. Augennerven. Die Bleivergiftung wird wohl als ätiolog. Moment mit anzuschuldigen sein. Es handelt sich in diesem Falle wohl um eine (auf saturniner Basis beruhenden) degenerativen Systemerkrankung des cortico-muskulären Leitungssystems mit degenerativer Hinterstrangaffection. Goldstein (Aachen).

---

313) **Th. Ziehen** (Jena): Die diagnostische Bedeutung des Fehlens des Kniephänomens. (Sepr.-Abdr. aus Nro. 11 des Correspondenzblattes des allgem. ärztl. Vereins von Thüringen 1887.)

Verf. gibt unter sorgfältiger kritischer Benutzung der einschlägigen, schon recht reichhaltigen Literatur ein anschauliches Bild des Kniephänomens. Hinsichtlich des Wesens desselben hat Verf. eigene Versuche angestellt. Bei mehreren Kaninchen wurde durch einen Längsschnitt der ganze Quadriceps des einen Schenkels blosgelegt und das Vorhandensein des Kniephänomens constatirt. Darauf wurde die ganze Muskel- und Sehnenoberfläche mit Cocainlösung (3,0 : 40,0) bepinselt und 20—30 Injectionen an 20—30 verschiedenen Stellen des Muskels wie der Sehne gemacht; dadurch wurde gewissermassen der ganze Muskel unter Cocainlösung versetzt. Das Kniephänomen blieb aber auch jetzt noch in seiner Stärke so gut wie unverändert. „Wäre das Kniephänomen ein durch sensible Sehnen- oder Muskelfasern ausgelöster Reflex, so müsste bei solchen Cocaineinwirkungen das Phänomen verschwinden oder bedeutend abgeschwächt werden“. Aber *das* Factum, dass das Kniephänomen nach Durchtrennung aller sensiblen Nerven der betr. Extremität ebenso, wie nach Durchschneidung der motor. Nerven der Muskeln aufgehoben wird, die direkte mechanische Erregbarkeit der Muskeln aber bestehen bleibt, ist hinderlich für die völlige Identificirung beider. Verf. glaubt nun, dass die Sehnenphä-

nomene die Produkte der *direkten* mechanischen Reizung der quergestreiften Muskulatur selbst seien, dass dagegen die Contractionen der quergestreiften Muskelfasern durch mech. Reizung der im Muskel verlaufenden Nervenstämmchen und Nervenendigungen ausgelöst würden. Den Beweis für letzten Satz findet Verf. darin, dass bei Curareinjection in einen Muskel die quere Contraction des mechanischen Reizes fortfällt. Die Sehnenphänomene, die auch durch Curareinjection aufgehoben werden, müssen noch einen gewissen central bedingten Tonus voraussetzen, der durch die Injection natürlich zerstört wird. Dadurch wird der Umstand erklärlich, dass beide Phänomene ausnahmsweise *nicht* am Krankenbette parallel gehen, für gewöhnlich ist dies, dem peripheren Ursprung beider gemäss (im Gegensatz zum reflectorischen Hautreflex) ja die Regel.

Für die Pathologie ergiebt sich das wesentliche Resultat, dass die Sehnenphänomene durch direkte Reizung der Muskelfasern selbst entstehen, dass aber ein reflectorisch bedingter Tonus der Muskulatur als Vorbedingung vorhanden sein muss. Nach Westphal ist die Wurzelzone der Hinterstränge im untersten Dorsal- und obersten Lendenmark die centrale Ursprungsstätte des reflectorisch bedingten Tonus im Quadriceps femoris.

Der zweite und dritte Theil des Aufsatzes, die diagnostische Bedeutung des Westphal'schen Zeichens und das praktische Verfahren bei Prüfung auf das Kniephänomen betreffend, bieten für den praktischen Arzt alles das, was er von diesen Dingen zu wissen nöthig hat. Er erkennt auch darin, wie wichtig es ist, sich mit den betr. Fragen völlig vertraut zu machen; „der Arzt ist es dem Kranken schuldig, dass er ein so schwerwiegendes Symptom niemals übersieht und stets richtig würdigt". Goldstein (Aachen).

---

314) **Soltmann** (Breslau): Mittheilungen aus dem 50. Krankenbericht des Wilhelm-Augusta-Hospitals zu Breslau.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1888. Nro. 5 & 6.)

Wir entnehmen dem obigen Bericht folgende den Leserkreis dieser Zeitschrift interessirende Fälle.

I. Insolation. — Sonnenstich.

Ein achtjähriges skrophulöses Mädchen wurde wegen Conjunctivitis und Eczema impetiginozum in's Spital aufgenommen. An einem sehr heissen Sommertage schlief sie im Spitalgarten auf einer Bank ein. Plötzlich traten heftige Zuckungen im Gesicht auf. Sie wird sogleich in's Zimmer gebracht. Dort tritt unter Erbrechen ein heftiger eklamptischer Anfall ein, welcher mit kurzen Unterbrechungen bis zum Abend andauert, ohne dass das Bewusstsein zurückkehrt. Am nächsten Morgen befindet das Kind sich vollkommen wohl, nur das Gesicht ist noch roth und gedunsen (Eczema solare). Der Autor hebt hervor, dass bei den anderen, ebenfalls der Sonne ausgesetzten, aber sich herumtummelnden Kindern die Insolation nicht eintrat, weil bei ihnen die Wärmeabgabe *nicht* behindert und die Gefässparalyse *nicht* eintreten konnte, wie bei dem ruhenden, eingeschlafenen Kinde. Den-

selben Umständen schreibt er die stürmischen motorischen Symptome zu, deren Heftigkeit jedoch andererseits ein lebensrettender Einfluss zukommt, da sie eine beschleunigte Wärmeausscheidung ermöglichten. So wenigstens erklärt sich der Autor die Thatsache, dass die meisten Fälle von Insolation im Kindesalter mit Convulsionen günstig verlaufen, während die ohne Convulsionen zum Tode führen.

II. Epilepsia hereditaria bei Zwillingsschwestern.

Bei zwei 10 Jahr alten aus neuropathisch belasteter Famile stammenden Zwillingsschwestern zeigt sich die Epilepsie schon in den ersten Lebensjahren aber sehr verschieden. Die eine litt an Krämpfen, die andere an Ohnmachtsanwandlungen. Der epileptische Insult trat spontan, atypisch in verschiedenen Zeitintervallen, aber in steter Gleichmässigkeit, partiell beginnend und sich allmählich verallgemeinernd, unter deutlich vorhergehender sensibler Aura und mit völliger Bewusstlosigkeit auf. Ebenfalls atypisch, aber in steter Gleichmässigkeit waren die Ohnmachtsanwandlungen mit Gedankenverwirrung und Angstgefühlen gepaart. In den anfallsfreien Zeiten zeigten die Kinder baroke Bewegungen, bizzarres Wesen, religiöse Schwärmerei. Hieran knüpft der Autor folgende therotische Erwägung:

„Wenn wir demgemäss den einen Fall als unter die Form der Epilepsia major gehörig bezeichnen müssen, reiht sich der zweite naturgemäss der Gruppe der von Griesinger zuerst beschriebenen „epileptoiden Zustände“ an und während in dem ersten Fall auf Grund der „epileptischen Veränderung im Gehirn“ das Krampfcentrum für den willkürlich arbeitenden Muskelapparat das gereizte ist, war es im andern Fall das vasomotorische Centrum — immerhin eine höchst wunderbare Erscheinung grade bei einem Zwillingspaar, und eine Illustration zu der Thatsache, dass *nicht*, wie man gemeinsam annimmt, die Erregung des vasomotorischen Centrums das Primäre beim epileptischen Anfall ist und dadurch erst die motorischen Apparate in Bewegung gesetzt werden, sondern dass die Erregung des vasomotorischen Centrums und der Centra für die Muskeln coordinirt sind.“

Beide Kinder wurden mit Bromkalium und Eisen in grossen Dosen behandelt und, wie es scheint, dauernd geheilt.

III. Congenitale spastische Cerebrospinalparalyse.

Es handelt sich um einen siebenjährigen Knaben, von gesunden, nicht mit einander verwandten Eltern stammend, welcher in der 29. Woche zu früh — doch leicht geboren wurde. Derselbe zeigte bald nach der Geburt die Symptome der sog. „spastischen Spinalparalyse“. An dem Krankheitsbild ist jedoch folgendes hervorzuheben. 1. Dass die Affection bald nach der Geburt (angeboren) deutlich in Erscheinung trat; 2. dass nicht Lähmungen, sondern die Symptome der Muskelspannungen sich sofort bemerkbar machten.

3. Dass die Affection von Anfang an sich nicht auf die untere Extremität beschränkte, sondern auch die Arme mitbetheiligt waren.

Der Autor hebt ferner hervor mit Hinweis auf Little und Naef, dass die Mehrzahl aller von dieser Krankheit befallenen Kinder

zu früh geboren werden, dass andere Ursachen fehlen (keine konstitutionelle oder neuropathische Belastung), dass sich von Geburt an die Krankheit unter krankhafter Versteifung der untern und obern Extremitäten in mit dem Alter zunehmender Intensität und Extensität bemerklich macht, dass gleichzeitig Sprachstörungen, Strabismus und kleiner Schädel vorhanden sind. (Alle diese Symptome fanden sich auch im vorliegenden Falle.)

Nach alle dem kommt der Autor zu dem Schluss, dass sein Fall, wie wahrscheinlich die meisten congenitalen ähnlichen Fälle, nicht als eine spastische spinale, sondern als eine spastische Cerebro-Spinal-Paralyse bezeichnet werden muss. Auch ist der Fall nicht als Degenerations-Sklerose der Pyramidenbahnen, sondern als eine *Entwicklungshemmung* aufzufassen. „Wir werden nicht fehlgreifen, wenn wir an eine mangelhafte Entwicklung der Pyramidenbahnen denken, und hier zunächst an die psychomotorische Rindenfelderung denken, aus der die Pyramidenfaserung entspringt".

Diese Auffassung ergibt wichtige Consequenzen für die Behandlung: Handelt es sich um eine Entwicklungshemmung, so wird man mit Galvanisation des Rückenmarks oder der Extremitäten, mit Argentum nitricum, Jodkalium und dgl. nichts erreichen. Nach der Ansicht des Autors dürfte aber die chirurgisch-orthopädische Behandlung gewiss in vielen Fällen, rechtzeitig angewendet, zur relativen Heilung führen. Diese Behandlung (Tenotomie) erzielte im vorliegenden Falle eine erhebliche Stellungsverbesserung und Zunahme der Bewegungsfähigkeit. — N.

---

315) **Homén:** Fall af hemiplegia spastica infantilis. (Hemiplegia spastica infantilis.) (Finska läkaresällsk-handl. 28. p. 187.)

Krampfanfall mit nachfolgendem Bewusstseinsverlust und vollständiger linksseitiger Hemiplegie bei einem 11jährigen Kinde; Bewussseinsstörung dauerte einige Wochen, Hemiplegie blieb bestehen, Cerebralnerven und Intelligenz ungestört; die beiden linken Extremitäten blieben in Längen- und Dickenwachsthum zurück; Arm und Bein rigide, Unterarm in leichter Flexion, Finger steif gestreckt, Fuss in Plantarflexion und leichter Varo-Equinus-Stellung. Sehnenreflexe erhöht, Sensibilität links unbedeutend vermindert.

Kurella (Ahrweiler).

---

316) **Runenberg:** Fall af hemiplegia spastica infantilis. (Hemiplegia spastica infantilis.) (Finska läkares.-handl. 28. p. 331.)

8jähriges Mädchen mit hochgradiger Imbecillität. Ganze linke Seite paretisch und in der Entwickelung zurückgeblieben. Arm in allen Gelenken flectirt, Unterarm in Pronation, Finger schlaff. Alle Knochen des l. Arms kürzer als rechts, ebenso die Beinknochen, aber in geringerem Grade. Gang hinkend. Sensibilität erhalten, Sehnenreflexe gesteigert. In den letzten Monaten 4—5 Mal täglich Krampfanfälle mit Bewusstseinsverlust. Kurella (Ahrweiler).

---

317) **Kisch** (Marienbad): Der Einfluss der Fettleibigkeit auf Gehirnkrankheiten. (Pester Med. Chir. Presse Nro. 11. 1888.)

Verf. geht zunächst von der allgemein verbreiteten Annahme aus, dass Fettleibige ausser einer gewissen Indisposition zu körperlicher Anstrengung, auch einen gewissen geistigen torpor zeigen, und sucht letztere Thatsache durch Veränderungen des Gehirns zu begründen, wie sie durch Hyperämie desselben bedingt sind. — Diese Hyperämie ist nun theils eine active (Theilerscheinung des „habitus apoplecticus"), und führt leicht zur Hirnhämorhagie (Ateriosclerose) theils eine Stauungshyperämie des Gehirns, bedingt durch Ueberfüllung des Venensystems, wie sie bei Fettleibigen durch die erhöhten Widerstände des Blutkreislaufes durch Fettansammlung, verursacht wird. Die Symptome ähneln denen der activen Hyperämie, doch tritt ein gewisser Grad von geistiger Stumpfheit, Schlafsucht, commatöser Zustände bei der erstgenannten Form mehr in die Erscheinung.

Verfasser bespricht im Weiteren die ungleich seltener vorkommende Anaemie des Gehirns der Fettleibigen, und führt die Ursache derselben auf die geringere Leistungsfähigkeit des fettig degenerirten Herzmuskels zurück. Die durch die Anämie bedingten Symptome sind im Wesentlichen dieselben der Hyperämie.

Die Ursache der, bei Fettleibigen häufig (?) vorkommenden, psychischen Depressionszustände sucht Verf in den, mit der Lipomatosis oft vergesellschafteten Abdominalstasen, zumal der, von diesen abhängigen habituellen Obstipation, wie sie so häufig den Grund zu hypochondrischer Gemüthsstimmung abgiebt.

Zum Schluss giebt Verfasser einige Winke zur Therapie der Lipomatosis, und der, durch dieselbe bedingten, Disposition zu Gehirn-Apoplexieen; er empfiehlt in erster Linie Ableitung auf Darm und Haut, und zwar, ausser der Anwendung der kalten Glaubersalzwässer, vor Allem den systematischen Gebrauch des Marienbader Kreuzbrunnens. Natürlich, Herr Kisch lebt ja in Marienbad. D.

318) **Arthur Schwarz** (Budapest): Ein Fall von Reflexaphasie. (Pester med.-chir. Presse 1888. 13.)

Bei einem 13 jährigen früher rhachitischen Mädchen bildete sich nach einer Zahnextration ein mit Fieber verlaufender Abscess im Rachen aus, der vielleicht diphteritischer Natur war. Während dieser Entzündung wurde die Sprache der Pat. undeutlich; das steigerte sich immer mehr bis zur völligen Sprachunfähigkeit. Patientin gab als Ursache anfänglich Schmerzen am harten Gaumen an, später wies sie auf ein eigenthümliches Schmerzgefühl in der Zunge hin, welches dann eintrete, wenn sie zu sprechen beginne. Essen und Trinken unbehindert, Kehlkopf in Ordnung.

Die genauere Untersuchung und Beobachtung ergab, dass es sich um einen Zungenkrampf handelte, der bei jedem Sprechversuche auftritt: die Zungenspitze stemmt sich gegen den harten Gaumen hinter die Oberzähne und verbleibt in dieser Contraction. „Selbstlauter werden ohne Schwierigkeit hervorgebracht, selbst das Singen ging flott von

statten, wie es aber zur Production von Mittlautern kam, stellte sich der Zungenkrampf gleich wieder ein. Sonst konnte die Pat. die Zunge nach allen Richtungen frei bewegen, sie ohne Schwierigkeit beim Essen und Kauen benutzen". Galvanisation des Hypoglossus brachte Heilung.

Die Bezeichnung „Reflexaphasie" ist eine der Bedeutung des Falles ganz und gar unangemessene. Abgesehen davon, dass es sehr zweifelhaft ist, ob die nur oberflächlich beschriebene Sprachstörung den Namen „Aphasie" verdient, erscheint das Auftreten dieses Symptomes aber jedenfalls ganz nebensächlich. Die wesentliche Bedeutung des Falles liegt in dem Zungenkrampfe, der, im Gegensatze zu dem idiopathischen, als reflectorisch-functioneller Krampf aufzufassen ist d. h. als ein solcher, der durch Inanspruchnahme der Function ausgelöst wird, hier durch bestimmte zur Sprachbildung nothwendige Zungenbewegung. Da keine Ueberanstrengung der die Function ausübenden Organe vorhergegangen ist, so kann der Fall nicht zu den s. g. Beschäftigungskrämpfen gerechnet werden, sondern muss einer andern Gruppe von Krämpfen z. B. den s. g. statischen Reflexkrämpfen zugesellt werden. (Vergleiche über die Pathogenese dieser verschiedenen Krampfformen meine Arbeit „über statische Reflexkrämpfe." II. Auflage Leipzig, Thomas 1885.) Erlenmeyer.

---

319) **Karl Dehio** (Dorpat): Ein Fall von Ruminatio humana.
(St. Petersb. med. Wochschrift 1888. Nro. 1.)

Der 21 jährige Apothekergehilfe H. L. war bis zum 12. Lebensjahre ganz gesund; dann erkrankte er an einem heftigen, lang dauernden Keuchhusten, dessen Anfälle stets mit Erbrechen verbunden waren. Nach Aufhören des Keuchhustens blieb ein Aufstossen der genossenen Speisen zurück, bis zum 16. Lebensjahre nach jeder Mahlzeit, ohne den Willen des Kranken, ohne Ekel zu erzeugen wurde die genossene Speise wieder in den Mund befördert, nochmals auf Behagen durchkaut und zum zweiten Male verschluckt. Das Wiederkäuen begann $^1/_4$ Stunde nach der Mahlzeit und dauerte $^1/_2$—1 Stunde. Es ist mit der Zeit seltener aufgetreten und Pat. glaubt, dass es sich ganz verlieren werde. Pat. ist mager, nervös, leicht psychisch erregt, zu hypochondrischer Selbstbeobachtung geneigt. Die mit ihm angestellten wenigen Versuche ergaben einen normalen Chemismus seiner Magenverdauung, eine nicht hochgradige Atonie der Magenwand. Der Pylorus funktionirte völlig normal und auch die motor. Leistungsfähigkeit der Cardia war nicht beeinträchtigt. Eine Herabsetzung des Tonus des Cardiaschliessmuskels ist also nicht wesentlich Vorbedingung für das Wiederaufsteigen der Speisen, wie Dumur, Poensgen, Oeser wollen. Es liegt vielmehr nahe, ähnlich wie beim Erbrechen, eine ad hoc eintretende, selbstthätige Eröffnung der Cardia, die sich mit den austreibenden Bewegungen des Magens in gesetzmässiger Anordnung combinirt, anzunehmen. Verf. glaubt demnach, dass der Regurgitation der Speisen beim menschlichen Wiederkäuen ein typischer Bewegungsmechanismus zu Grunde liegt, dessen Thätigkeit an den Genuss einer Mahlzeit ge-

bunden ist. Die sensibelen Erregungen müssen wohl vom Magen aus in Thätigkeit versetzt werden. Der ganze Vorgang ist somit reflectorischer Natur und der Ort, wo die centripetalen sensiblen Erregungen auf die centrifugalen motor. Bahnen für die Dilatation der Cardia und die Concentration des Magens übertragen werden, dürfen wir wohl im Gehirn suchen. Die Rumination wäre somit als motor. Reflexneurose aufzufassen und im vorl. Falle wäre bei dem nervös veranlagten Kranken nach Ablauf des Keuchhustens eine erhöhte Erregbarkeit der das Erbrechen vermittelnden Nervenbahnen und Nervencentren zurückgeblieben. Gleichzeitig kann man die Reflexneurose in dem Falle also als functionelle bezeichnen, die sich in Folge der Ueberanstrengung der Brechcentren entwickelt hat.

Goldstein (Aachen).

---

320) **Hauff** (Kristiania): Er Hypnose en pathologisk Tilstand? (Ist Hypnose ein pathologischer Zustand?) (Nord. Medic. Arkiv XIX. Nro. 26. p. 111.)

Hypnose entsteht durch eine andauernde, intensive Fixation eines Eindrucks durch *nur eines* der menschlichen Perceptionssysteme; sie tritt wie der gewöhnliche Schlaf, unter allmählichem Ausfall des Bewusstseins und Willens ein; wie der Schlaf, kann sie in ihrer Intensität Unterschiede, wie leichte Benommenheit, Schlummer, Sopor, Koma darbieten; anfangs sind alle reflectorischen Centralapparate im Hirn übererregbar, die Catalepsie der tiefen Hypnose zeigt grosse Aehnlichkeit mit manchen krankhaften Zuständen. H. stellt nun zur Erklärung der hypnotischen Erscheinungen eine eigenthümliche Theorie der centralen Functionen auf. Er nimmt an, dass sich in jedem specifischen Centrum eine specifische physikalische Kraft entwickelt; die verschiedenen Kräfte können in einander umgesetzt werden, und von dem einen auf das andere Centrum übergehen; als Sitz solcher Kräfte befindet sich ein Centrum in einem electroiden Spannungszustande; der Grad der Spannung bedingt die grössere oder kleinere Functionstüchtigkeit des Centrums. Die Gehirnarbeit hat eine gewisse Analogie mit dem elektrolytischen Processe einer Batterie, deren Leistungsfähigkeit durch die allmählich entstehenden Polarisationsströme allmählich vermindert wird; vielleicht handelt es sich um electrolytische Ueberführung von Sauerstoff zwischen den Ganglienzellen. So könne die specifische Spannung der optischen Centren durch Ueberführung auf die Centralapparate der Hautgefühle Hyperästhesie erzeugen; damit würde sich z. B. die Schmerzempfindung in der Conjunctiva bei grellem Lichtreiz erklären. Concentrirt man seine Aufmerksamkeit auf einen intensiven Lichtreiz, so geschieht ein übermässiger Afflux von Energie auf die optischen Centren, bis diese überladen sind; schliesslich muss es zu einer Entladung kommen, durch die bewussten Centren zu Gunsten untergeordneter Centralapparate gelähmt werden. So macht sich an einem gewissen *Punkte* der Hypnose die erhöhte sensorische Reflexerregbarkeit geltend, die Sinne erscheinen verschärft. Schliesslich kommt es auch hier zu einer maximalen Spannung, zur Entladung

nach niederen Centren hin, bis schliesslich alle sensoriellen Reflexcentren gelähmt sind; nun kommen andere Centren die „unbewussten materiellen", an die Reihe; es tritt ein erhöhter Muskeltonus ein, die Catalepsie ist voll entwickelt. Es steht nun in der Macht des Experimentators, Aeusserungen theils erhöhter, theils herabgesetzter Energie in den Centralganglienapparaten hervorzurufen. Ueber genaue Localisirung und Dosirung solcher Spannungszustände, ev. zu therapeutischen Zwecken, muss die weitere experimentelle Untersuchung führen. Es handelt sich um die Directive normaler Qualitäten der Centren, und nur die unterschiedlose Anwendung des Hypnotismus bei Gesunden und Kranken hat dazu geführt, ihn als pathologisch zu betrachten, eher wäre er als künstlicher Zustand zu bezeichnen.

Kurella (Ahrweiler).

---

321) **Homén** (Helsingfors): Bidrag till läran om de epileptogena zonerna. (Zur Lehre von den epileptogenen Zonen.)

(Finska läkaresällsk.-handl. 28 p. 85.)

Bei einem 20 jährigen Manne nach dem Heben einer schweren Last Gefühl von Spannung im linken inneren Augenwinkel, unmittelbar darauf Schwindel, Vergehen des Bewusstseins, Sprachverlust für einige Minuten. Ein Jahr später nächtliche Krampfanfälle von zunehmender Frequenz. Ein Gefühl von Spannung im l. inneren Augenwinkel geht dem Anfall voraus, der leiseste Druck auf diese Region löst sofort einen Anfall aus. Kurella (Ahrweiler).

---

322) **Ernst Epstein** (Nürnberg): Beitrag zur Anwendung des Erythrophlaeins. (Centralbl. f. klin. Medicin 1888. Nro. 9.)

Verf. wandte Lösungen von 0,05%, 0,2%, 1% und 2% an. Sein Resultat war: das E. entfaltet zwar auch bei subcutaner Anwendung beim Menschen eine gewisse anästhesirende Wirkung, diese bleibt aber selbst im günstigsten Falle ziemlich unvollkommen und es ruft andererseits die Injection an sich unter Umständen nicht unbedeutende Schmerzen hervor. Goldstein (Aachen).

---

323) **Zeroni** (Mannheim): Antipyrin als Hypnoticum.

(Aerztl. Mittheil. aus Baden 1888. 6.)

Bei einer 20 jährigen Lehrerin, die an Mittelohrerkrankung mit heftigen Schmerzanfällen litt und bei einem 21 jährigen Arbeiter, bei dem sich ein Gehirntumor (Gliosarcom) nach Verletzung ausgebildet hatte beobachte Verf. ganz deutliche und regelmässig wiederkehrende hypnotische Wirkung des Antipyrins. Auch bei Geisteskranken hat Verf. ähnliche Beobachtungen gemacht, besonders bei zwei Fällen von postepileptischem Irresein und bei einem Falle von Gehörshallucinationen, die mit Kopfschmerz eingeleitet wurden. — Erlenmeyer.

---

324) **A. Campbell Clark:** Aetiology, pathology and treatment of puerperal insanity. (Aetiologie, Pathologie und Behandlung der Puerperalpsychosen.) (The journal of mental science. Juli und Oktober 1887, Januar 1888.)

Ein Schema des Zustandekommens und der Entwickelung puerperaler Psychosen lässt sich nur nach den Grundsätzen der Reflexerscheinungen entwerfen und erst auf diesem Wege aus dem Heer von einzelnen Ursachen die causa morbi auffinden. Die Wirkung der Kälte darf ebensowenig als Ursache der Psychose einer Wöchnerin angesehen werden, wie das Kneifen des Schenkels eines enthirnten Frosches als Ursache der erfolgenden Convulsionen, aber bei gewissen cerebralen Zuständen wirkt die Kälte ebenso unzweifelhaft als stimulus exitans wie das Kneifen des Froschschenkels. Hier haben Reiz und Wirkung den einfachen Reflexcharacter und beide sind bestimmt und unveränderlich, demnach ist etwas mehr da als einfache Convulsionen: der Reiz tritt nicht *allein* in das Muskelsystem ein und das Aufhören der sichtbaren Bewegung ist nicht normale Ruhe.

Wäre der Reiz — der Geburtsact — ein specifischer, so müsste geistige Erkrankung bei der Geburt die Regel sein, er ist vielmehr nur wirksam im Verhältniss seiner Intensität und Dauer und mehr noch im Verhältniss der Summe seiner schädlichen Complicationen. Verf. theilt diese in zwei Gruppen: periphere und centrale, deren eine alle Reize einbegreift, die von der Peripherie her krankmachende centripetale Strömungen erzeugen, gleichviel ob diese Strömungen im Nerven oder im Gefäss vor sich gehen. Die centrale umfasst alle schwankenden Zustände des Centralnervensystems. Das Gefässsystem ist am häufigsten beim Puerperium „vergiftet", durch Veränderung der Secretionen, septische Absorption, zymotische Infection und Missbrauch von Alcohol. Auch die Verschlechterung des Blutes durch schlechte Ernährung und Anämie gehört hierher.

Die durch Nervenbahnen wirkenden Reize sind äusserst zahlreich, lassen sich aber nach drei Paradigmata ordnen, 1) Dammverletzung und „Kältechoc", 2) Beckenentzündung, Verstopfung, und 3) widerwärtige Sinneswahrnehmungen. Einer von diesen Reizen kann eine Kette von anderen nach sich ziehen z. B. Kälte, Frösteln, Schreckhaftigkeit, Entzündung (?) Septicämie und Secretverhaltung zur Folge haben.

Die centralen (cerebralen) zu Geistesstörung prädisponirenden Zustände der Kreissenden und Schwangeren finden ihren Ausdruck in Verschärfung der Sinneseindrücke, gemüthlicher Reizbarkeit, Nervosität, Gedächtnissschwäche, verminderter Selbstbeherrschung, Unruhe und Schlaflosigkeit. Erbliche Belastung scheint dem Verf. ein bedeutenderer Factor zu sein, als gewöhnlich angenommen.

Nach den klinischen Symptomen und den Sectionsergebnissen nimmt Cl. als pathologisches Substrat Congestion und deren Folgen an, nicht die vielfach behauptete Hirnanämie. Die Resultate der Urinuntersuchung sind sehr ausführlich angegeben; sie ergiebt im Allgemeinen, dass nicht bloss die Urin*menge* in den ersten Tagen p. par-

tum erheblich gemindert ist, sondern dass auch die Gesammtmenge der ausgeschiedenen Chloride, Phosphorsäure besonders Harnstoff pro die gegen die Durchschnittsgewichte beim Gesunden in hohem Masse zurückbleiben, selbst in Fällen, wo die Hautthätigkeit gering war. Nur in einem Falle war die Ausscheidung von Harnstoff ungewöhnlich hoch, trotz Abnahme der Kräfte und geringem Appetite. Hier muss zur Erklärung herangezogen werden, dass die Pat. äusserst ruhelos war und mit viel Eiweiss gefüttert wurde. Galle fand sich selten, obgleich in mehr Fällen icterische Hautfarbe und Kühle bestanden. Eiweiss wurde in 9 von 22 Fällen nachgewiesen, Zucker in keinem. Fütterung mit der Sonde regt, den Harnbestandtheilen nach zu urtheilen, den Stoffwechsel so schlecht an, „dass ein Drittel freiwillig genommener Nahrung bessere Resultate hat als ein Ganzes gewaltsam beigebrachter".

Eingehehend bespricht Verf. die Therapie der puerperalen Seelenstörung in fünf Abschnitten: 1) digestive und intestinale Störungen 2) entzündliche, septicämische und anämische Zustände, 3) Hysterie 4) und 5) Manie und Melancholie, und schreibt als erstes Erforderniss der Therapie vor, dass den Kranken frische Luft und äusserste Ruhe mit Isolirung verschafft wird. Matusch (Sachsenberg).

---

325) **A. Friedenreich** (Kopenhagen): Twangstankesygdommen. (Die Zwangsvorstellungs-Krankheit). (Köbenhavn 1887 157 S.)

F. hat in seinem Buche 77 Krankengeschichten aus der deutschen und fransösischen Literatur und 7 aus der skandinavischen zusammengestellt, darunter 5 nach eigenen Beobachtungen, die dem Gebiet der Zwangsvorstellungen und verwandter Zustände angehören. Er fasst diese verschiedenen Formen als Varianten desselben Processes unter dem sein Buch betitelnden Namen zusammen; leider lässt der zweckmässig gewählte Name sich kaum verdeutschen. F. betrachtet die Krankheit als dem Grenzgebiet der Psychosen angehörig; die Zwangsvorstellungen, die allen Formen der Krankheit gemeinsam sind, stehen fortwährend im Vordergrund des Bewusstseins und hemmen oder unterbrechen den gewöhnlichen Gedankengang, häufig sind sie an sich lächerlich oder widerlich und in den meisten Fällen treten sie verbunden mit Angstgefühlen auf. Sie werden als etwas dem Bewusstsein fremdes, ihm aufgezwungenes erkannt, können aber trotzdem zeitweise das Bewusstsein ganz beherrschen und zu Handlungen führen, die ausschliesslich von ihnen bestimmt sind; aber auch im letzteren, wie in allen Fällen des Leidens hat der Kranke vollkommene Krankheitseinsicht. Im *Inhalt* der Vorstellungen liegt gewöhnlich etwas absurdes, häufig etwas lächerliches, doch können sogar an sich ganz rationelle philosophische Ideen zum Inhalt der Vorstellungen werden, und ihr characteristisches Merkmal ist ihre Isolation, ihr geringer Zusammenhang mit dem Ganzen des Vorstellungslebens. Gewöhnlich haben sie eine starke Einwirkung auf das Gefühlsleben; sie sind mit starkem Unlustgefühl, häufig mit Aengstlichkeit und Angst verbunden. Der Wille

wird trotz der Einsicht in der Absurdität der Vorstellung leicht von ihr beeinflusst; die Vorstellung, das ängtliches Denken einer Handlung wird oft zum Impulse ihrer Ausführung.

Das Leiden tritt in voller Entwicklung als *„maladie du doute“* in der von Falret beschriebenen Form auf. Der erste Schritt ist hier der Zweifel, der bestimmte psychische Acte begleitet, wenig wichtige Handlungen werden mit einem Luxus von Vorsichtsmassregeln ausgeführt, eine stäte Häsitation begleitet das innere Leben, im weiteren Verlauf dringen diese Anfangs versteckten Vorstellungen in allerlei absurden Handlungen an die Oberfläche, der Kranke berichtet nicht mehr ohne Sicherheitsvorkehrungen vorher, ohne Waschen, Putzen nachher, oft treten stundenlange Anfälle heftiger ängstlicher Unruhe auf, und auf der Höhe der Entwicklung beherrschen die neuangenommenen sonderbaren Gewohnheiten das ganze Leben, der Kranke kann sich zu den einfachsten Dingen nicht mehr entschliessen und wird unfähig, sein Zimmer zu verlassen. Häufig tritt als erstes Stadium dieser Form die von Griesinger zuerst beschriebene *Grübelsucht* auf, die jedoch auch dauernd für sich bestehen kann. Hier drängen sich fortwährend Fragen bestimmten Inhalts auf, nach den Besuch-Verhältnissen zufällig getroffener Personen, oder metaphysische Probleme, „Schöpfungsfragen“. Keine noch so erschöpfende Antwort befriedigt den Fragenden eine unbehagliche Unsicherheit beherrscht fortwährend das Bewusstsein. Häufig löst eine Frage in schneller Folge die andre ab, und es kann so zu quälender Ideenflucht kommen. In einer dritten Klasse von Fällen treten isolirte Einzelvorstellungen mit convulsivischer Stärke auf. F. bezeichnet sie als Tic *ähnliche Zwangsvorstellungen* (Impulsions intellectuelles. — Ball) und vergleicht ihr Auftreten mit dem des Tic convulsif; sie neigen besonders zu gleichzeitigen motorischen Auslösungen, in Handlungen oder Worten, und erinnern damit an Erscheinungen wie Koprolalie, Latah und Jumping. Hier scheint es sich um eine ganz isolirte Reizung in der Corticalis zu handeln und der rein intellectuelle Character der Störung tritt stark hervor, während das Vorwiegen von Beeinträchtigungen der Gemüthssphäre die von Morel beschriebene Form des *„délire émotif“* auszeichnet. Morel hebt als Hauptzüge dieser Form die starke Impressionabilität und das Vorherrschen bestimmter Vorstellungen oder gewisser abnormer Handlungen hervor; eine unbestimmte, oft im Abdomen empfundene Unruhe, wechselnd mit heftigen Angstanfällen, geht hier dem Auftreten bestimmter Zwangsvorstellungen voraus. In einer *fünften Gruppe* fasst F. die Fälle zusammen, in denen die Zwangsvorstellungen nicht mehr durch Kritik corrigirt, sondern zu Wahnvorstellungen umgebildet werden, oder wo die ängstliche Verstimmung sich zur Höhe einer Melancholie steigert, die Zwangsvorstellungen indess den chacteristischen Zug bilden.

Zwangsvorstellungen bei neurerethischen Zuständen behandelt F. unter Anführung mehrerer eigener Beobachtungen besonders ausführlich. Er spricht sich gegen den mit der Bezeichnung „Neurasthenie“ verbundenen zu weiten Begriff aus, will diesen weiteren Begriff mit „Neu-

rerethismus“ bezeichnet wissen, und Neurasthenie nur im Sinne der Beard'schen Schilderung als Bezeichnung gebrauchen. Er findet Fälle dieser Gruppe in Falret's hypochondrie morale wieder, wo die Einwirkung schwächender Potenzen auf neuropathisch disponirte Individuen neben andern „nervösen“ Erscheinungen Zwangsvorstellungen verschiedener Art hervorruft, die fast immer mit ängstlicher Verstimmung verbunden sind. Hier können bei schnell eintretender Erschöpfung in Folge der verschiedensten Krankheiten Zwangsvorstellungen ganz acut auftreten. Diese Fälle geben nur den Schlüssel zum Verständniss aller Formen von Zwangsvorstellungen, die F., wie oben gesagt, als *eine* Krankheit, eben sein „Tvangstankesygdom“ betrachtet. Die Krankheit ist nach seiner Auffassung ein Uebergang vom Neurerethismus zur eigentlichen Geistesstörung. Alle Formen haben zwei Erscheinungen gemeinsam, das Zwangsdenken und die Angst. Nervöse Angstgefühle sind nur in verschiedenen Formen häufige Zeichen des Neurerethismus eine der characteristischen Formen ist die Agoraphobie, deren Analogie mit dem Zwangsvorstellen schon oft hervorgehoben worden ist.

Eine zwangsweise auftretende Vorstellung braucht nach ihrem Inhalte oder dem Modus ihres Bewusstwerdens durchaus nichts pathologisches an sich zu haben. Das zwangsweise Auftreten und unaufhörliche Wiederauftauchen des Gedankens aber setzt eine gesteigerte Erregbarkeit der Elemente im Hirn voraus, in denen die betreffende Vorstellung gebildet wird; die Angst die den Kranken bei den geringsten Anlässen überfällt, besonders jedoch beim Auftauchen der Zwangsvorstellung, setzt eine Hyperexcitabilität der Nervenelemente voraus in denen der Mechanismus des Angstgefühls seinen Sitz hat. Affectcentren Was diese gesteigerte Erregbarkeit an sich ist, ist uns noch nicht bekannt, sie prägt sich aber in der krankhaft erhöhten Thätigkeit der betreffenden Abschnitte des Nervensystems deutlich aus. Jede, auch die schwächste und fernst liegende Association, die sonst zur Erweckung einer Vorstellung nicht ausreichen würde, lässt den Zwangsgedanken ins Bewusstsein treten. Oft ist die Angst wohl das primäre; irgend ein zufällig auftauchender, barocker Gedanke verknüpft, sich mit ihr und wird so ganz ebenso dauernd, wie das Angstgefühl die leiseste Ideenassociation ruft nur die unbehagliche Vorstellung hervor; damit werden die betreffenden Nervenelemente immer erregbarer, das Auftauchen der Gedanken wird immer leichter, verstärkt wiederum die Angst, u. s. w. Ganz ohne Affect verläuft kein Fall, und in Fällen mit häufigen Remissionen können von einem Anfall zum andern die Vorstellungen wechseln während der Affect stets in gleicher Form auftritt.

Erbliche Belastung fand sich in $^2/_3$ der Fälle, wo Auskunft über die Ascendenz vorlag. Masturbation ging häufig voraus. Die Prognose ist nicht ganz schlecht, Selbstmorde kommen nur sehr selten vor; therapeutisch bewährten sich Bromsalze, Kaltwasserkuren und andere gegen den Neurerethismus gerichtete Maassnahmen. Unter den Mittheilungen F.'s über die forensische Bedeutung der Krankheit ist der

Fall eines Verwaltungsbeamten bemerkenswerth, der durch seine ängstlichen Vorstellungen zu polizeilichen Sicherheitsverordnungen absurder Art bestimmt wurde. Kurella (Ahrweiler).

---

326) **Rigobert Pohl:** Ueber Magenblutungen in der progressiven Paralyse. (Prager Med. Wochenschrift. 1888. Nro. 13.)

Die Arbeit enthält drei Krankengeschichten mit Sectionsbefund. Magenblutungen bei p. P. sind im Allgemeinen sehr selten. Als anatomischer Befund lassen sich Erosionen, selten Geschwüre nachweisen.

Zu bemerken ist noch, dass es sich in keinem der hier mitgetheilten Fällen um Anätzung durch Chloralhydrat gehandelt haben kann, da niemals solches verabfolgt wurde. N.

---

327) **Wille** (Basel): Die Lehre von der Verwirrtheit.
(Arch. f. Psych. XIX. 2. p. 328.)

„Die Diagnose bietet unter Umständen grosse Schwierigkeiten, die vor allem darin liegen, dass Zustände von Verwirrtheit intercurrirend bei allen Arten von Geistesstörung besonders gerade bei den acuten, auftreten können und auftreten. In der Manie, der agitirten Melancholie, der Paranoia, ja der progressiven Paralyse ist dies zu beobachten. Wir beobachten die gleichen Symptome, die unsere Krankheitsform als wesentliche und dauernde constituiren, hier vorübergehend als intercurrirendes Stadium. Es ist nur durch den weiteren Verlauf und die längere Beobachtung erkennbar, mit welcher Krankheitsform wir es zu thun haben.“ Wenn der Verf. dazu an anderer Stelle sagt, dass der Ausgang des in Rede stehenden Leidens erfolgen kann: in Genesung, in ein jahrelanges chronisches Stadium mit endlicher Genesung, in ein chronisches, dauerndes Schwächestadium oder in Tod nach acutem oder chronischem Verlauf — so liegt darin das Zugeständniss, ein wie heikles Ding die Abgrenzung der sogenannten rein functionellen Psychosen überhaupt ist, wenn sie eben nicht den einfachsten klassischen Formen (Melancholie, Manie etc.) angehören! Trotzdem wird jeder einigermaassen erfahrene Beobachter zugeben, dass die Krankheitsbilder wie sie Wille unter dem Begriff „der Verwirrtheit“ in vorurtheilsfreier, das Schematisiren glücklich vermeidender Weise schildert, nicht gar selten sind; nur möchte Referent befürworten, dass die „Diagnose“ meistens erst dann möglich ist, wenn das betr. Krankheitsbild als ein *abgelaufenes* vorliegt. Die Gründe liegen eben in den oben citirten Sätzen. — Nach Wille ist „*Verwirrtheit* eine oft acut, noch haufiger subacut, aber auch nicht selten chronisch verlaufende functionelle Hirnkrankheit, die fast regelmässig mit einem acuten hallucinatorischen Stadium beginnend, im weiteren Verlaufe sich durch geistige Unklarheit, verworrenes Delirium, zwecklose Unruhe, wechselnd mit intermittirenden Aufregungen und Stuporzuständen characterisirt. In ruhigen Stadien machen die Kranken

einen hochgradig schwachen Eindruck.“ In körperlicher Beziehung ist besonders zu bemerken: Motorische Unsicherheit, allg. Hinfälligkeit, Herzschwäche, unregelmässige Temperaturen und leichte Fieberbewegungen, Verdauungsstörungen und verschiedene subjective und objective nervöse Störungen. — Ausgang: wie oben bemerkt. Wenn auch keine characteristischen pathologisch-anatomische Veränderungen bei den Sectionen gefunden werden, so kommt doch Hirnatrophie leichterer Grade auffallend häufig vor. Die Prognose ist insofern zweifelhaft, als etwas über die Hälfte der Fälle unheilbar werden. — Für die Diagnose hält W. die Symptome der Bewusstseinsstörungen und -Trübungen sowie der intercurrirenden stuporösen Zustände für besonders wichtig. Die Schwierigkeiten der symptomatologischen Abgrenzung würde der Verf. durch Beifügung einiger klassischen Krankheitsgeschichten vielleicht noch mehr gehoben haben. — Analoge Benennungen des in Rede stehenden Krankheitsbildes sind nach Wille folgende: La démence d'Esquirol. — Meynert's acute hallucinatorische Form des Wahnsinn's. — Westphal's acute primäre Verrücktheit. — Mendel's Mania hallucinatoria. — Newington's deluzional stupor. — Dementia generalis acuta et subacuta Tilling.

Langreuter (Eichberg).

---

328) **Victor Peter** (Basel): Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des Zungenbeins. (Dissert. inaug. Basel 1888. 2 Tafeln.)

Diese unter Professor Dr. M. Roth's Leitung gearbeite Dissertation bringt einen für die praktische Psychiatrie sehr wichtigen, völlig neuen Beitrag: *Brüche des Zungenbeins durch Trauma bei Paralytikern.*

Verf. verfügt über 5 Fälle von geheilter Continuitätstrennung des Zungenbeins. Viermal war die Trennung eine doppelte, und zwar war zweimal das linke grosse Horn fracturirt und rechts die Verbindung zwischen grossem Horn und Körper gelöst oder gequetscht, und zweimal fand sich die Trennung beiderseits an der Verbindungsstelle der grossen Hörner mit dem Körper. Daraus schliesst Verfasser, dass die Brüche durch Druck in horizontaler Richtung — Würgen — entstanden sind. Die Heilung ist in der Mehrzahl der Fälle mit Dislocation erfolgt (Muskelzug), die Callusbildung ist gering, in keinem Falle knöchern, wodurch bewiesen wird, dass die Verletzungen geringeren Datums sind. Was die Aetiologie betrifft, so stammen alle 5 Präparate von Männer, 4 derselben waren Paralytiker, einer litt an Dementia senilis. Gewiss verdient dieses Verhältniss Beachtung, wenn man erwägt, dass unter mehr als 500 Präparaten des Verf.'s von denen ungefähr 95% von Personen stammen, die an anderen Krankheiten zu Grunde gingen, *nicht eine einzige Fractur oder Luxation zu finden ist.* „Es ist zu berücksichtigen, dass die aufgeregten Patienten der Irrenanstalten sich selbst oft verletzen, ja auf die eine oder andere Art sich zu entleiben versuchen, dass sie öfter unter ein-

ander sich misshandeln, Momente, die leicht zu Zungenbeinfractur führen; *man kann aber auch die Vermuthung nicht von der Hand weisen, als handle es sich hier öfter um eine Einwirkung des Wartpersonals und läge hier eine ähnliche Frage vor, wie beim Othaematom*“ — und vor allem wie bei den Rippenbrüchen der Paralytiker.

Die Fälle blieben alle bis zur Obduction unentdeckt. Sie scheinen dem Patienten weder beim Eintritt noch während der Heilung zum Bewusstsein gekommen zu sein. In den Krankengeschichten findet sich nichts verzeichnet, was auf die Zeit der Entstehung hindeuten könnte, nichts von Schling- oder Sprachbeschwerden, nichts von dyspnoischen oder orthopnoischen Anfällen. Dies die hier interessirenden Mittheilungen des Verfassers, denen ein grosser Werth beizulegen ist.

Erlenmeyer.

III. Aus den Vereinen.

Gesellschaft Galizischer Aerzte.

Section Lemberg.

Sitzung vom 7. Januar 1888. (Przeglad lekarski Nro. 6—10. 1888. Nach dem Referat von Dr. Wiczkowski.)

329) **Ziembicki** stellt einen Knaben nach Operation eines Hirnabscesses vor, und hält im Anschluss daran einen Vortrag über die *Hirnabscesse vom chirurgischen Standpunkt.* Ueber diesen so glücklich geheilten Fall entwickelte sich eine lebhafte Diskusion. Rosenbusch, welcher den Fall sah, erwähnt, dass die Menge des entleerten Eiters beträchtlich war, die klinischen Symptome aber unbedeutend. Machek giebt an, dass er bei diesem Knaben beiderseitige Stauungspapille und Extravasate beobachtete, was bei Hirnabscessen selten sich vorfinde (am häufigsten bei chronischen Affectionen im Hirne). Baracz frägt den Vortragenden, ob es ein intracerebraler Abscess gewesen wäre, oder nur ein Abscess zwischen der Dura und der Arachnoidea.

Laskiewicz behauptet, dass der Zusammenhang zwischen der Stauungspapille und dem Hirnabscess verständlicher würde durch die Untersuchung Deutschmann's, welcher nachwies, dass Stauungspapille auch bei akuter Entzündung des Gehirns oder seiner Umgebung auftreten könne; er erklärt diese Erscheinung mit der Emigration der Bakterien aus den intracraniellen Interstitien bis zur Scheide des Sehnerven, er frägt weiter, ob es gleich von Anfang vermittelst rationeller Drainage der Fistel nicht möglich gewesen wäre, der Entzündung des Periostes und der Entstehung eines Hirnabscesses vorzubeugen. Gostynski ist der Ansicht, dass die Hirnsubstanz selbst nicht ergriffen gewesen, sondern nur vom Abscesse comprimirt worden sei.

Prus citirt einen ähnlichen Fall, welcher von Prof. Obalinski mit glücklichem Erfolge operirt worden war. Ziembicki erwidert, dass er zur Operation durch die Angabe in der Anamnese bewogen

wurde, dass auf dem Schädel eine Quetschwunde, die längere Zeit eiterte, vorhanden war, sowie auch durch die klinischen Erscheinungen, wenn schon die ophthalmoskopische Untersuchung ihn hätte abhalten können.

Sitzung vom 9. Februar 1888.

330) **Prus** ergreift das Wort, um auf zahlreiche Interpellationen in Sachen des *Hypnotismus* zu antworten: Obwohl man unbestreitbar den hypnotischen Zustand leichter bei Personen mit krankhaftem Nervensystem hervorrufen könne, (? Ref.) so unterliege es doch nichtdem geringsten Zweifel, dass man auch vollständig gesunde Individuen in Schlaf versetzen könne. In Folge dessen sei es unmöglich, die Anschauungen einiger Autoren zu theilen, welche das Nervensystem aller Personen ohne Ausnahme, welche sich in den hypnotischen Zustand versetzen lassen, für ein normales erachten. Häufiges Hypnotisiren übt meist auf die zu den Experimenten gebrauchten Individuen einen unvortheilhaften Einfluss aus (Charcot). Oft hypnotisirte Personen verfallen nicht nur oft von selbst ohne Mitwirkung des Hypnotiseurs in den hypnotischen Zustand, sondern es entwickelt sich bei ihnen gleichsam ein zweites besonderes Gedächtniss, welches sich auf die im hypnotischen Zustande erhaltenen Eindrücke bezieht, und in der Folge bilden sich — entsprechend jener Zweitheilung des Gedächtnisses — gleichsam zwei verschiedene Ich aus. Die aktive Hirnhyperämie kann unbedingt keine Krankheitssymptome hervorrufen; denn der vermehrte Zufluss arteriellen Blutes zum Gehirn kann nur die normale Thätigkeit des Gehirns z. B. den Denkprocess, die Aufnahme von Eindrücken, potenzieren. Aktive Hirnhyperämie also — acute und chronische — ist nicht Ursache der Krankheit beziehungsweise der krankhaften Symptome, sondern ist schon eine Folgeerscheinung der Erkrankung der Ganglienzellen, die eigentliche Ursache aber ist wahrscheinlich in einer Anämie gewisser Gehirnbezirke oder gewisser Theile des verlängerten Marks zu suchen.

Ueber die Hypnotisirung von Thieren und Vögeln kann man auf Grund exacter Experimente mit Gewissheit sagen, dass es nicht ein eigentlicher hypnotischer Zustand ist, sondern eine gewisse Art von Lähmungen aus Schreck (Cataplegia). Wie weit man sich von dem Verlangen, den hypnotischen Zustand bei Thieren hervorzurufen, hat drängen lassen und auf welche Abwege man gerathen ist, davon giebt ein trauriges Zeugniss die Arbeit von Ewald, welcher bei Kaninchen nach subkutaner Injection eines Decoctum aus glandulae thyreoideae fast alle Stadien des Hypnotismus eintreten sah.

Im hypnotischen Zustande ist es nicht möglich eine Contraction glatter Muskeln hervorzurufen, z. B. eine Contraction der Gehärmutter — und zwar weder mit Suggestion noch auch mit Hülfe von Bestreichungen (franz. „passes“). Die Harn- und Kothentleerung, die sich bei Hypnotisirten hervorrufen lässt, stützt nicht die gegentheilige Anschauung, da diese Funktionen unter dem Einfluss des Willens stehen.

Besonderen Nachdruck legt der Vortragende darauf, dass der hypnotische Schlaf sich von dem gewöhnlichen Schlafe prinzipiell nicht

unterscheide, und dass der hypnotische Schlaf ein gewöhnlicher Schlaf sei, welcher durch die Concentration der Aufmerksamkeit auf den suggerirten Gedanken, der Schlaf solle eintreten, hervorgerufen worden und durch die Suggestionskraft entsprechend modificirt worden ist. Nämlich in der Art: je mehr der gewöhnliche Schlaf künstlich durch Suggestion herbeigeführt wurde, desto leichter lässt sich unterscheiden, ob die Person einen gewöhnlichen Schlaf schläft, oder aber einen hypnotischen, — im entgegengesetzten Falle stellt die hypnotisirte Person nur verschiedene Stadien des gewöhnlichen Schlafes dar.

Zum anderen hebt der Redner hervor, dass der hypnotische Schlaf gewissermassen ein Probirstein ist, ob eine gewisse Person überhaupt für die Aufnahme eines suggerirten Gedankens empfänglich ist, und angesichts dessen lässt sich hoffen, dass auch ein anderer beliebiger von uns hingeworfener Gedanke gleichfalls im Geiste dieser Person Aufnahme finden wird, und dass gemäss unserem Befehle beliebig Anästhesie, oder Krampfzustände, Tetanus, Farbenblindheit und andere erwünschte Symptome eintreten werden. Das Ochorowicz'sche Hypnoskop hat eine wichtige Bedeutung für die Untersuchung, ob man auf eine gewisse Person durch Suggestion einwirken kann; jedoch ist es für diese Experimente gleichgültig, ob das Hypnoskop ein wirklicher Magnet ist, oder ein falscher, da es auch dann wirkt, wenn es überhaupt kein Magnet ist.

Raciborski gesteht zu, dass meistentheils die Aufmerksamkeit des Hypnotisirten darauf gerichtet ist, dass er einschlafen solle, aber nicht immer.

Er kann sich mit Hülfe der Theorie von Prus nicht erklären das plötzliche Verfallen in hypnotischen Schlaf bei dem plötzlichen Wiederhall nach einem Donnerschlag, bei dem plötzlichen Erblicken eines Glanzes z. B. der von einem Telegraphendraht reflectirten Sonnenstrahlen, und solche Fälle gelangten in der Salpétrière zur Beobachtung.

Von den Arten aus dem hypnotischen Schlafe zu erwecken erwähnt er: Einfaches in's Gesicht blasen, Druck auf die Ovarien oder Testiculi. R. legt Gewicht auf die Unterscheidung dreier Formen des Hypnotismus:

a) lethargischer Schlaf,
b) somnambulischer Schlaf,
c) Katalepsie,

obwohl gewisse Uebergangsformen vorhanden sind z. B. die statuenartige Bewegungslosigkeit, welche die Mitte hält zwischen Letargie und Catalepsie. Bezüglich der Anwendung des Hypnotismus meint er, dass der Hypnotismus sich vielleicht nicht so sehr zu Heilzwecken eignet, wie zur Erleichterung der Untersuchung z. B. wegen der artificiellen Anästhesie. Ganz besonders wird, so hofft R. das Experimentiren mit dem Hypnotismus zur Aufklärung der Theorie des Erhaltens von Eindrücken beitragen.

Für die hypnotische Behandlung spricht eine ganze Reihe von Thatsachen: Man heilte Trunksucht und verschiedene Suchten, regelte

die Menstruation, beseitigte die Schmerzen bei den Geburten, erleichterte die Geburten, rief Anästhesie hervor und vollzog schmerzlos Operationen, heilte hysterische Lähmungen, rief Diarrhoe hervor, und erzielt sogar eine dauernde Normirung des Stuhlgangs.

(Alwood, Voisin, Lombroso, Louis.)

Jendel lenkt die Aufmerksamkeit auf den Einfluss der suggerirten Ideen auf den Gesichtsausdruck und die Gesten der hypnotisirten Personen. Der Magnet wirkt nicht auf hypnotisirte Personen spezifisch, sondern die Wirkung desselben beruht auf der Suggestion. Des weiteren spricht er von einem neuen Transfert (Babinski's), welcher auf der Uebertragung des Zustandes einer Person auf eine andere vermittelst eines Magnets beruhen soll, so wie auch auf der Zuschiebung der hysterischen Alalie mit Hülfe eines Magnets.

Raciborski behauptet, dass der „transfert", die Uebertragung einer Lähmung, der Alalie auf andere Personen, sowie die Uebertragung einer Lähmung von einer Körperhälfte auf die andere mit Hülfe eines Magnets so vor sich geht, dass die betreffende Person nicht von dem was erfolgen soll, weis, es sei deshalb unmöglich eine Suggestion anzunehmen, zumal da der sog. falsche Magnet (Holz in Magnetform) sich in solchen Fällen unwirksam erweist. Hier wirkt also der Magnet durch den Strom.

Schliesslich giebt Prust eine einfache Erklärung, warum einige öfters hypnotisirte Personen bei der Arbeit (Strümpfestricken) in Schlaf verfallen, sobald sie der Lichtreflex der Drähte bescheint. Diese Leute pflegten derart hypnotisirt zu werden, dass man sie einen glänzenden Gegenstand ansehen liess, und deswegen erweckt das Glänzen der Drähte in ihnen die Erinnerung an das Glänzen beim Hypnotisiren und erweckt gleichzeitig den Gedanken an den Schlaf, und unter dem Einflusse dieses Gedankens verfallen sie in den hypnotischen Zustand.

Was den Einfluss der Magnete auf den menschlichen Organismus betrifft, sowie auch den sog. Transfert, so kann man bestimmt sagen, dass man heute nach den exacten Experimenten von Voisin, Cybulski und anderen Autoren den Magneten keinerlei selbstständige Wirkung zuschreiben kann, sondern dass man alle in dieser Hinsicht beschriebene Symptome für das Resultat der Suggestion anzusehen hat. Am besten wird dies durch die Thatsache bewiesen, dass wenn wir alle Erscheinungen hervorrufen können, wenn wir statt des Magnets bei den Experimenten einen imitirten Magneten aus Holz anwenden, und zum andern, dass der wirkliche Magnet, wenn man ihn der betreffenden Person, unbemerkt nähert, auf sie keinen Einfluss ausübt.

Am Schluss wiederholt er, dass die Behandlung mit Hypnotismus nur die Bedeutung eines psychischen Agens hat, und dass man, wenngleich man mit dem Hypnotismus ein einzelnes Krankheitssymptom beseitigen kann, noch nicht die Krankheit heilt, sondern oft sogar die Veranlassnng zum Auftreten vieler anderen, sogar drohenderer Krankheitssymptome giebt. N.

Verein der deutschen Irrenärzte.

Der in Frankfurt a. M. am 27. März d. J. versammelte Vorstand des Vereins der deutschen Irrenärzte hat im Anschlusse an die Naturforscherversammlung in Köln die diesjährige Versammlung auf den 16. und 17. September d. J. in *Bonn* festgestellt.

Die Herren Mitglieder werden eingeladen, sich durch Vorträge daran zu betheiligen und die Themata bis Mitte *Juli* d. J. anzumelden, damit die Tagesordnung Anfang August d. J. versendet werden kann.

Schweizerhof, April 1888. I. A.
Dr. Laehr.

Hochgeehrter Herr Redacteur.

Ich bin so frei einen Anspruch auf Ihre Aufmerksamkeit zu machen, indem ich mir erlaube einige Fehler in dem Referate meiner Arbeit in Nro. 3 des Centralblattes 1888 nachzuweisen. Nämlich auf Seite 73 steht:

Durchmesser	100 Diebinnen.	Nördliche Bäuerinnen 50.	Intelligente Frauen.	Es muss heissen:
Circumfer. cran. horiz.	—	52,754.	58,850.	53,754. 53,850.
Distantia biangularis	9,082.	—	—	9,982.

Dann weiter, ... „Geburten wurden bei den Prostituirten 34%, bei den Diebinnen 25,6%, bei den Bäuerinnen 52,8% constatirt".

Die zwei letzten Zahlen sollten in der That heissen, dass auf Hundert Diebinnen 256 Geburten, auf 100 Bauernweiber 528 Geburten stattfanden.

Ich würde Ihnen sehr dankbar sein Herr Redacteur, wenn Sie so freundlich wären und diese Correctionen und Erläuterungen veröffentlichen würden.

Sie hochachtungsvoll ergebene
Dr. Pauline Tarnowsky.

St. Petersburg, 29. März 1888.

Das verspätete Erscheinen dieser und der vorigen Nummer ist lediglich dadurch zu Stande gekommen, dass die Referate und Beiträge zu spät eingelaufen sind. Wenn die Erscheinungsfrist des 1. und 15. pünktlich eingehalten werden soll, dann müssen die Manuscripte spätestens am 23. und 8. eines Monats in meinen Händen sein.

Erlenmeyer.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig. Druck von **Philipp Werle** in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. 1. Mai 1888. Nro. 9.

Inhalt.

I. Referate und Kritiken. **Hallopeau**: Sur l'angine de poitrine d'origine syphilitique. **Remak**: Doppelseitige Trochlearisparese. **Möbius**: Ueber angeborene doppelseitige Abducens-Facialis-Lähmung. **Stephan**: Ueber angeborene Facialis-Paralyse. **Goldscheider**: Ueber Ataxie und Muskelsinn. **Freyer**: Ueber arachnoideales Emphysem. **Drummond**: Ataxie bei einem Esel. **Achard**: Die hysterische Apoplexie. **Lichtwitz**: Hysterische Anästhesien und hysterogene Zonen der Schleimhäute. **Imlach**: Fall von 20jähriger Hysteroepilepsie, durch Entfernung der Uterusanhänge geheilt. **Cook** and **Beale**: Fall von schnell tödlicher Chorea: Tod nach 130 Stunden. **Paget**: Ueber einen merkwürdigen Fall von Aphasie. **Bakker, Harisson: Ferrier:** Gehirnabscess durch Trepanation geheilt. **Algeri**: Schädeltrauma mit nachfolgender Epilepsie und psychischer Störung bei einem Verbrecher, Trepanation, Besserung. **Seppili**: Diagnostische Bedeutung der Jackson'schen Epilepsie. **Bernardini**: Fall von Hirnhypertrophie bei einem Idioten. **Jelgersma**: Neuere Untersuchungen über Dementia paralytica.

II. Aus den Vereinen. Medicinische Gesellschaft in Basel.

I. Referate und Kritiken.

331) **H. Hallopeau:** Sur l'angine de poitrine d'origine syphilitique. (Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Nro. 12. 1887.)

Einleitend betont H., dass die *syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems*, obwohl ihnen viele Symptome mit den banalen Affectionen des Nervensystems gemeinsam sind, doch gewisse Eigenthümlichkeiten darbieten, welche den syph. Affectionen eine besondere Physiognomie verleihen.

Zum Beweise citirt er einen Fall von *partieller Aphasie* in syphilitico, welche nach einer Schreibstörung aufgetreten war, die sich allmählich entwickelt hatte und sich besonders durch eine Abnahme in den Dimensionen der Buchstaben characterisirte; letztere massen nicht mehr als $^1/_3$ mm. und waren gleichzeitig missgestaltet. Man konnte sie nur mit der Loupe lesen; der Patient war absolut nicht im Stande Buchstaben von grösseren Dimensionen zu schreiben. —

Ein anderer Patient zeigte gleichzeitig eine *Parese und Muskelatrophie der linken unteren Extremität*, und eine sehr lebhafte *Hyperästhesie der ganzen rechten unteren Extremität.* Ein Nadelstisch löste eine intensive Schmerzempfindung aus, welche in die Tiefe ging, bis zur fossa iliaca sich fortpflanzte und mit einem epileptiformen Zittern einherging. Hingegen waren die themischen Sensationen in derselben Extremität sehr abgeschwächt, ein kalter Gegenstand wurde als lauwarmer empfunden; das Tastgefühl war normal. Beginn der Syphilis vor 2 Jahren.

Auch die *Angina pectoris syphilitica* kann einen Character annehmen, welcher eine Unterscheidung von den banalen Fällen von Angina pectoris ermöglicht. Der Autor unterzieht hierauf die früheren Publicationen über Ang. pect. syph. einer Kritik. Von den Specialwerken erwähnt nur Rumpf (die syph. Erkrankung des Nervensystems) die Ang. pect. syph. Die Fälle von Rumpf sind zumeist nicht ohne Einwand als Ang. pect. zu acceptiren. Fast in allen handelt es sich um Schmerzanfälle und dispnoische Anfälle in Folge von Klappenfehlern und von Tumoren des Myocardiums. Eine Angina pect. in syphilitico braucht übrigens keineswegs eine Folge der Syphilis zu sein. Zum Beweise citirt H. einen Fall von Rumpf, in welchem überdies Jodkalium ohne alle Wirkung blieb. Im Gegensatz hierzu citirt er Fall Nro. 1 von Rumpf, wo sich bei einem Syphilitiker im 6. Jahr seit der Infection eine typische Ang. pect. entwickelte, die auf Jodkalium in kurzer Zeit heilte.

Bei Besprechung der Arbeit von Huchard (Revue de médecine 1883) kommt H. zu dem Schluss, dass die Ang. pect. syph. angesichts der Häufigkeit der Syphilis wohl keine so seltene Affection sein könne, wie nach Huchard's Statistik anzunehmen sei. Sobald erst die Aufmerksamkeit mehr auf diese Affection gelenkt sein werde, würde sich ein höheres Procentverhältniss ergeben.

Vitone giebt zwei Fälle von Ang. pect. syph., die er durch Sublimateinspritzungen geheilt hat. Besonders der erste Fall interessirt uns (34jähriger Mann, seit 4 Jahren syphilitisch), da mehrere der typischen Anfälle von Ang. pect. mit *linksseitigen vasomotorischen Störungen* (Vermehrtes Hitzegefühl und Hyperidrosis der ganzen linken Körperhälfte) complicirt waren, Symptome die der gewöhnlichen Ang. pect. fremd sind.

Fournier theilte dem Autor mündlich die Geschichte einer jungen Frau mit, welche in der sekundären Periode Innervationsstörungen zeigte, die Fournier einer „durch die Syphilis in Activität gesetzten Hysterie“ zuschreibt und die den Symptomen der Ang. pect. vollständig glichen. Diese Symptome schwanden sehr schnell auf den Gebrauch von Protojoduret-Pillen.

Der Fall, den H. seiner Privatpraxis entnommen hat, bietet Eigenthümlichkeiten dar, welche ihn von der vulgären Ang. pect. wesentlich unterscheiden:

Pat. 38 J. alt (1878) hat in den Jahren 1867—1871 eine Syphilis mittlerer Intensität durchgemacht. Energische Behandlung mit Quecksilber- und Jodpräparaten. Seit 1871 keine neuen Schübe. Pat. bleibt symptomenfrei bis 1878. Seit dem 19. August 1878 leidet Pat. an Anfällen, die während der ersten 6 Wochen (I. Periode) die klassischen Charactern einer Angina pect. darboten. Sehr kurze Anfälle von retro-sternalen Sensationen, welche mit Angstgefühl verbunden sind und häufig in dem linken Arm, manchmal bis in die Finger ausstrahlen. Der erste Anfall kam in der Nacht, später Anfälle bei Tag und bei Nacht.

Pat. missbraucht nicht den Tabak, ist zu jung um ein Atherom der artt. coronariae zu haben. Bis zum 25. Jahre asthmatische Anfälle. Mit 28 J. rheumatismus articul. subacutus. Mit 29 und 30 J. Gichtanfälle. Pat. leidet an Migraine. Ferner notiren wir Pityriasis capitis, Eczema und Haemorrhoiden. Ueberanstrengung im Beruf. Application von Blasenpflastern auf die Herzgegend und Verabfolgung von 4 grm. Bromkali täglich ohne Erfolge.

Vom 30. August nehmen die Anfälle einen anderen Character an (II. Periode). Die Anfällen compliciren sich jetzt mit *Störungen der vasomotorischen Innervation.*

Sie sind begleitet von einem *Gefühl der Zusammenschnürung* an der Basis des Halses, wahrscheinlich mit Oesophagismus verbunden, (Globus hystericus ? Ref.) und *Kältegefühl* in der linken Kopfhälfte. Das Auftreten dieses Gefühls zwingt den Pat. plötzlich halt zu machen und 1—2 Minuten unbeweglich und schweigsam zu verharren.

Das eine Mal trat der Anfall ein, während H. den Pat. untersuchte und H. konstatirte die auffallende Thatsache, *„dass der Anfall von keinerlei Modification in den Charakteren des Pulses begleitet war“*. (Auffallend bei Ang. pect. Ich bemerke, dass in dem oben erwähnten, von H. als echte Ang. pect. syph. beschriebenen Falle Nro. 1 von Rumpf am Ende der Anfälle Herzklopfen und eine beträchtliche Beschleunigung der Herzschläge (bis 120 in der Minute) beobachtet wurden. Ref.)

Ein heftiger Anfall vom 1. Sept. war von *convulsiven Schauren* (frissonnements) im linken Arm und in der linken Halsseite begleitet.

Am 14. Sept. modificirten sich die Anfälle noch mehr. (III. Periode.) Die Praecordialangst ist immer noch das vorherrschende und peinlichste Symptom, aber es tritt ein *Kältegefühl* und ein leichtes Schauern in der ganzen linken Körperhälfte vom Kopf bis zum Fusse ein. Die Irradiationen in den Arm sind nicht mehr da. Die Anfälle treten jetzt meist nach den Spaziergängen auf. Zuweilen tritt bei den Anfällen eine Empfindung von Zusammenschnürung und Klopfen in der reg. epigastrica auf. Die linke Gesichtshälfte ist während des Anfalls blässer.

Am 16. Sept. wird die Behandlung mit Bromkalium sistirt. Vom 16.—28. tägliche Behandlung mit dem galvanischen Strom. Anode auf das Magenende, Kathode auf die Basis des Halses, linke Seite.

Anfänglich 7, später 15 Elemente. (Genauere Angaben über die Stromstärke, Zeitdauer der Sitzung, Grösse der Elektroden nach □cm fehlen leider. Ref.

Am 29. wird eine *Irradiation* nicht nur in die ganze linke Körperhälfte, sondern auch in die *rechte Gesichtshälfte* notirt. Am Ende der Anfälle vorübergehende *Respirationsstörungen* (tiefere Respiration, verlängerte Exspiration.)

Am 30. Sept. und später Application des ferrum candens in der reg. praecordialis.

Am 5. Okt. tritt eine neue Veränderung in den Anfällen ein. (IV. Periode.) Die Anfälle beginnen jetzt mit einem *suprasternalen Zuschnürungsgefühl.* Darauf folgt eine kurz andauernde Irradiation in den linken Arm, welcher ein Betäubungsgefühl (étourdissement) von einigen Sekunden folgt, das den Pat. zum Sitzen nöthigt; er empfindet ein stark ausgesprochenes 'Gefühl von Eingeschlafensein (engourdissement), so wie auch gleichzeitig eine Parese des *rechten* Fusses, Diese Symptome dauern mehrere Minuten an. Am 10. erwähnte H. ausser den genannten Symptomen noch „ein Gefühl von Schwindel (vertige) in der linken Kopfhälfte".

Am 15. wird auch die Behandlung mit dem Ferrum candens definitiv verlassen und mit Fournier's Uebereinstimmung auf Grund der syphilitischen Antecedentien eine *Behandlung mit Kal. jod. 3 grm. pro die* eingeleitet.

Am 16. ist abermals eine Veränderung in der Art der Anfälle zu konstatiren. (V. Periode.) Das suprasternale Zusammenschnürungsgefühl tritt jetzt nur noch schwach oder gar nicht auf. Der Pat. empfindet gleichzeitig *die Betäubung* (l'étourdissement) *in der linken Seite und die Parese in dem rechten Fusse.* Erstere dauert einige Sekunden, letztere persistirt viel länger als früher, zuweilen während einer halben Stunde. Am folgenden Tage sind die Anfälle sehr leicht und verrathen sich nur noch durch eine sehr leichte Parese des rechten Fusses. Mit dem 21. — also am 6. Tage nach Beginn der Jodkur — hören die Anfälle definitiv auf. H. hat den Pat. neun Jahre nach seiner Heilung wiedergesehen. Der Pat. hat seither keine Anfälle mehr gehabt. —

H. glaubt die in diesem Falle beobachteten atypischen Störungen auf eine *Erregung des bulbären Centrums* zurückführen zu müssen, *welches der Innervation der Vasomotoren in der linken Körperhälfte vorsteht.* Die vorübergehende Parese der rechten untern Extremität erklärt sich so durch die vorübergehende Ischaemie des motorischen Centrums in der linken Hemisphäre.

Von den in der Literatur beschriebenen Fällen bietet nur der von Vitone eine Aehnlichkeit dar. Die Anfälle waren da öfters von *Hitzegefühl* mit *Hyperidrose* einer ganzen Körperhälfte begleitet, auch dort handelte es sich um eine Erregung à distance des vasomotorischen Centrums im Bulbus, *jedoch mit dem Unterschied, dass eine Dilatation, nicht aber eine Constriction der Gefässe eintrat.*

Huchard erwähnt nur einen Fall von halbseitiger vasomotorischer Angina (Fall von M. Marie). Aber in diesem Falle *ging das Kältegefühl dem Anfall voraus.*

Bei der vasomotorischen Angina pectoris von Landois tritt in erster Linie eine Erregung oder Lähmung der Vasomotoren ein, das Herz wird erst sekundär in Folge der vasomotorischen Störungen ergriffen. Im Gegensatze zu H's Fall *treten zuerst die peripheren Kreislaufsstörungen auf, und dann erst die Sensationen der Angina pectoris.*

Die Ursache der vasomotorischen Störungen, welche die Ang. pect. syph. mit sich bringt, liegt nach H. in der *Entwicklung von specifischen Neubildungen im Verlauf des plexus cardiacus oder in seiner unmittelbaren Nachbarschaft.* Der Character dieser Störungen kann Modificationen unterliegen, je nach dem sich die Läsionen entwickeln, an den zuerst ergriffenen Stellen schwinden und sich auf andere Zweige des Sympathicus ausdehnen. Aus der ausführlichen Differenzialdiagnose nur folgendes: Endarteriitis artt. coronar. ist zwar bei Syphilis sehr häufig, erklärt aber nicht die complicatorischen vasomotorischen Störungen, auch müssten sich alsdann die Anfälle nur in Momenten der Anstrengung einstellen, während hier öfters nächtliche Anfälle notirt wurden. Auch lässt sich die schnelle Heilung durch die Jodbehandlung nicht mit einer Endarteriitis vereinigen. Zwar versichert uns Huchard, dass er zahlreiche Fälle von Angina pect., denen er nur ausnahmsweise einen syph. Ursprung zuschreibt durch die Behandlung mit Kal. jod. geheilt habe, allein die Heilung trat erst nach einer 6—12 monatlichen Behandlung ein. H.'s Patient wurde *in 6 Tagen* geheilt und H. nimmt mit Recht an, dass so schnelle Erfolge mit Kal. jod. nur bei Syphilis erzielt werden. (Ueberdies hätte er ebenso gut *mercurielle Praeparate* anwenden können, wie die zwei Fälle von Vitone und die mündliche Mittheilung von Fournier beweisen; nun aber ist den Sublimateinspritzungen und Protojoduretpillen meines Wissens noch keine Heilwirkung auf nicht spezifische Formen von Ang. pect. zugeschrieben worden. Ref.

N.

---

332) **Ernst Remak** (Berlin): Doppelseitige Trochlearisparese.

(Neurolog. Centralblatt 1888. Nro. 1.)

Der 26 jährige Sattler St. hatte seit einem Jahre Schwindel beim Aufwärtsblicken; dann auch beim Treppensteigen und beim Gehen auf ebener Erde. Seit 2 Monaten Hinterkopfschmerzen, taumeliger Gang, seit 5 Monaten kann er den Urin schwerer entleeren und spürt schon seit längerer Zeit Beschwerden beim Schlucken von Flüssigkeiten. Erst seit Kurzem ist er darauf aufmerksam geworden, dass er doppelt sieht. Erectionen sollen nicht eintreten. Syphilis ist nicht vorhergegangen.

Es besteht eine leichte Parästhesie im linken Ulnarisgebiete, vom Pat. auf einen Sturz von der Treppe zurückgeführt. Im Liegen

ist Pat. nicht schwindelig, geht aber taumelnd, breitbeinig, nach Art eines Betrunkenen. Bei geschlossenen Augen geht er viel unsicherer. Klagen über leichte Ermüdbarkeit der unteren Extremitäten. Excessive Steigerung des Kniephänomens beiderseits. Fussphänomen vorhanden. Unter Jodkaligebrauch und subauraler und orbitaler Galvanisation besserte sich jedesmal der objective und subjective Schwindel, sowie der Kopfschmerz, während die Deglutitionsstörungen, Störungen der Urinentleerung und die ocularen Symptome für die objective Untersuchung eher zunehmen.

Pupillen mittelweit, ophthalmoskopischer Befund normal, bei seitlicher Blickrichtung nystagmusartige Zuckungen, gleichnamige Doppelbilder beim Blick nach abwärts im Sinne einer rechtsseitigen Trochlearisparese. Später *doppelseitige* Trochlearislähmung. Bericht von Uhthoff am 22. Oktober: „Ophthalmoscopisch normal, Pupillenreaction gut, Gesichtsfeld frei, dagegen fällt im Sinne beider Recti externi eine deutliche leichte Beweglichkeitsstörung auf, auch stellen sich in den horizontalen Endstellungen ausgesprochene nystagmusartige Zuckungen ein. Beim Blicke gerade nach unten bestehen jetzt gleichnamige Doppelbilder, deren seitlicher Abstand beim weiteren Blick nach unten stetig zunimmt ohne wesentliche Höhenunterschiede. Anfangs bestand ein für rechtsteitige Trochlearislähmung typische gleichnamige Diplopie beim Blick nach unten, mit wachsendem Höhen- und Seitenabstand. Diese Zunahme des Höhenunterschiedes ist jetzt nicht vorhanden und möchte ich zur Zeit mit aller Reserve an eine doppelseitige Parese der Nn. trochleares denken.“ Daneben constatirte U. eine leichte doppelseitige Abducenzparese mit nystagmusartigen Zuckungen.

Verf. bemerkt, dass die Duplicität einen schon an sich seltener Trochlearisparese weder durch eine peripherische noch basale Localisation der Erkrankung zu erklären ist, um so weniger, wenn man die oben erwähnten cerebralen Symptome hinzuzieht. Mit Rücksicht auf einen von Nieden beobachteten Fall (siehe dieses Centralbl. 1879, Nro. 8. pag 163) betrachten Nothnagel und Bernhardt die Trochlearislähmung als einen für die Glandula pinealis characteristischen Befund. Verf. lässt es dahingestellt, ob hier eine Zirkeldrüsenaffection vermuthet werden darf, oder ob primär oder von irgend einer anderen Stelle aus secundär das Velum medullare ergriffen worden ist. Mendel dachte bei der Discussion (in der Gesellschaft für Psych. und Nervenkrankheiten) an eine Kleinhirnaffection, da durch eine Geschwulst des Oberwurms ein Druck von hinten auf das benachbarte Velum medullare ausgeübt werden könnte. Indessen ist bei 90 von Bernhardt gesammelten Fällen von Tumoren des Kleinhirns eine doppelseitige Trochlearislähmung niemals beobachtet worden, und in den Fällen von Schlingbeschwerden sass die Neubildung meist im Unterwurm. Goldstein (Aachen).

333) **Möbius** (Leipzig): Ueber angeborene doppelseitige Abducens-Facialis-Lähmung. (Münchener medicinische Wochenschrift 1888. Nro. 6.)

Bei einem fünfzigjährigen Manne, der wegen einer Bleilähmung (beim Pelzfärben acquirirt) in M's Behandlung kam, fand sich doppelseitige Facialis- und Abducenslähmung, seit frühester Jugend, vielleicht seit der Geburt bestehend. Mimische Muskeln waren überhaupt nicht vorhanden, bis auf die mm. triangul. und quadr. menti. Beim Blick nach aussen trat stets Convergenzstellung beider Bulbi auf.

M. findet nur zwei analoge Fälle in der Literatur und nimmt an, „dass die angeborene doppelseitige Abducens-Facialislähmung eine selbständige pathologische Art darstellt".

Die Convergenzstellung der Bulbi bei Blick nach rechts oder links erklärt M. durch die Annahme, dass der gleichseitige Abducenskern mit dem gekreuzten Oculomotoriuskern für diese Bewegung einen gemeinsamen Impuls erhalten, der zuerst den Abducenskern trifft; den ganzen Symptomencomplex erklärt er durch eine embryonale Affection des 6. und 7. Nervenpaars, wobei er auf die sehr bedeutende Inanspruchnahme der Augenmuskelnerven hinweist, deren relative Ueberanstrengung im Laufe der Generationen eine „schon im Fötus vorhandene geringe Widerstandsfähigkeit gegen Krankheitsgifte erklärlich erscheinen lasse". Kurella (Ahrweiler).

---

334) **Stephan** (Zaandam): Over aangeboren facialis-paralyse. (Ueber angeborene Facialis-Paralyse. (Nederl. Tydschrift voor Geneeskunde 1888. Nro. 6.)

Angeborene totale linksseitige Facialisparalyse mit Herabsetzung der Gehörschärfe links bei einer sonst gesunden, 32jährigen Frau, die ohne Kunsthülfe von einer Mutter mit normalem Becken geboren war, so dass die Einwirkung eines Drucks der Zange oder eines difformen Beckens ausgeschlossen war. Es bestand Lagophthalmus, Epiphora, Lähmung des weichen Gaumens und der Uvula links.

S. nimmt intrauterine Felsenbeinerkrankung als Ursache an.

Kurella (Ahrweiler).

---

335) **Goldscheider:** Ueber Ataxie und Muskelsinn.
(Verhandlungen der Physiolog. Gesellschaft zu Berlin. 15. August 1887. Nro. 18.)

Um der Frage näher zu treten, ob der sogenannte Muskelsinn auf den bewegenden Nerven-Muskel-Apparat oder auf das bewegte Glied zurückzuführen ist, müsste man die Sensibilität der letzteren aufheben können. Verf. fand als einziges Mittel den secundären Inductionsstrom, welcher bei sehr starker Erregung der sensiblen Nerven, das Leitungsvermögen derselben für die auf ihre Bedingungen einwirkenden Reize vermindert. Der vom farad. Strom durchflossene Finger fühlt bei genügender Stärke desselben Berührungen gar nicht, sondern erst stärkeren Druck; Gewichte werden schlecht empfunden, Tastempfindung, Wahrnehmung passiver Bewegungen, Lagegefühl ist

bedeutend abgestumpft. Für den sogen. Muskelsinn ist also die Sensibilität des bewegten Gliedes von hoher Bedeutung. Für das Vermögen, passive Bewegungen wahrzunehmen, scheint die Sensibilität ganz allein massgebend zu sein. Verf gibt die Art und Weise an, wie er die Grenzen der Fähigkeit passiver Lageveränderungen zu percipiren, bestimmt hat.

Wenn man mit dem vom farad. Strom durchflossenen Finger *active* Bewegungen vornimmt, so verlaufen dieselben *abgesetzt* und *stossweise*. Verf. stellte diese Verhältnisse graphisch dar. Während der Ausführung dieser als „atactisch" zu bezeichnenden Bewegung hat man das Gefühl einer vollkommen correcten und gleichmässigen Bewegung, die nur sehr schnell zu Ende geht. Die Betrachtung des betr. Fingers verlangsamt die Bewegung.

Die Versuche sprechen für die bekannte Leyden'sche Auffassung der spinalen Ataxie, welche Störungen innerhalb der sensiblen Leitungsbahnen supponirt. Goldstein (Aachen).

---

336) **M. Freyer** (Stettin): Ueber arachnoideales Emphysem.
(Zeitschrift für Medicinalbeamte. Nro. 1. 1888.)

M. secirte die Leiche eines Steinschlägers, der überfahren worden war. Er hatte dabei eine grössere Wunde über dem linken Orbitalrande und schwere innere Verletzungen erlitten. Nach der Entfernung der harten Hirnhaut zeigten sich die Hemisphären mit einer auffallend starken Ansammlung grösserer und kleinerer Luftbläschen unterhalb der Pia im Verlauf der Blutgefässe und Furchen. Die Oberfläche des Gehirns sieht wie mit Schaum bedeckt aus. Da die postmortale Entstehung der Luftansammlung auszuschliessen war, musste man an eine traumatische Entstehung intra vitam denken.

Nun fand sich die Siebbeinplatte zerbrochen und eine Communikation zwischen der oberen Nasenhöhle und dem Cavum cranii hergestellt, wodurch der Weg für die Luft von aussen gegeben schien. Die neuere Anatomie lehrt ja die Verbindung der arachnoidealen Räume mit einander und mit dem strikter subduralen Raume einer- und den epicerebralen Räumen nebst den aus ihnen entspringenden perivasculären Mantelröhren andererseits. Die Luft war wohl mit dem Exspirationsstrome — der Verletzte hatte noch 10 Stunden nach der Verletzung gelebt — in die Schädelhöhle hineingetrieben, ähnlich wie bei Verletzung des Thränenbeins Emphysem der Orbita erzeugt wird. Aehnliche Ansammlungen von Luft sind nun früher bei Enthaupteten gefunden worden, die von Bergmann durch Aspirationswirkung der blutleeren Schädelhöhle erklärt. Es scheint demnach zum Zustandekommen eines arachnoidealen Emphysems gleichzeitig eine momentane Blutleere der Schädelhöhle erforderlich zu sein. Im vorliegenden Falle liess der enorme Blutaustritt nach der freien Brust- und Bauchhöhle hin, die die Section zeigte, eine Blutleere des Gehirns annehmen.
Goldstein (Aachen).

---

337) **David Drummond:** Ataxia in the donkey. (Ataxie bei einem Esel.) (Brain, Januar 1888.)

Dr. entdeckte zufällig bei einem Esel alle Merkmale der Ataxie, sowie Pupillenstare und Myosis. Das Lendenmark ergab nach Härtung und Färbung Degeneration einer ringförmig die hinteren Wurzeln umgebenden und auf einen Seitenstrang übergehenden Randzone. Hinterstränge makroscopisch normal, die n. ischidic. frei von Degeneration. (Alle genaueren Angaben fehlen.) Matusch (Sachsenberg).

---

338) **Ch. Achard** (Paris): De l'apoplexie hystérique. (Die hysterische Apoplexie.) (Arch. gén. de méd. Febr. 1887.)

Diejenige Form von Apoplexie, welche man bisher nervöse zu nennen gewohnt war, heisst besser hysterische, weil sie, obgleich in ihren Hauptzügen der aus einer Läsion des Gehirns resultirenden Apoplexie ganz gleich, sich im Verlaufe der Hysterie entwickelt und sich durch gewisse derselben zukommende Eigenthümlichkeiten auszeichnet.

Dieselben bestehen darin, dass die Hemianästhesie sich viel mehr markirt als die Hemiplegie, dass diese Consecutivzustände sowohl wie andere nach der Anwendung ästhesiogener Mittel oft rasch verschwinden und dass hier der Transfert, wenn auch nur in Fällen sehr deutlich ausgesprochener Hysterie, vorhanden ist, während derselbe bei der auf einer materiellen Ursache beruhenden Apoplexie immer fehlt.

Pauli (Köln).

---

339) **Lichtwitz** (Bordeaux): Les anésthésies hysteriques des muqueuses et des organes des sens et les zones hystérogènes des muqueuses. (Hysterische Anästhesien und hysterogene Zonen der Schleimhäute. (Paris, Baillière et fils 1887. 182. S.)

L. hat in der Klinik von Pitres in Bordeaux 11 Fälle von weiblicher und männlicher Hysterie auf die Sensibilität der Mund- und Nasenschleimhaut, des Larynx, der Conjunctiva und des Trommelfells sowie verschiedener Sinnesorgane untersucht, und die Existenz hysterogener Regionen festgestellt. Diese beiden Untersuchungen bilden die beiden ersten, ausführliche Krankengeschichten den dritten Theil des Buches. Was die Methode betrifft, so hat er Mund- und Nasenschleimhaut mit weichen und harten, warmen und kalten Sonden, den Geschmack mit schmeckbaren Substanzen und dem constanten Strom untersucht. Im allgemeinen fand er, dass die Anästhesie der Schleimhäute ebenso häufig ist, wie die der äusseren Haut, und mit der letzteren annähernd proportional; complete Hemi-Anästhesie hat er an den Schleimhäuten nie gefunden, Veränderungen an den Schleimhäuten des Larynx betrafen stets das ganze Organ. Die Veränderung der galvanischen Sensibilität zeigte ein von den übrigen Empfindungsqualitäten abweichendes Verhalten. Anästhesie eines Trommelfells fand er zweimal, und zwar auf derselben Seite, wie die cutane Anästhesie. Die Localisirung der Schallrichtung fand sich dadurch nicht beeinträchtigt.

Der Geschmack zeigte in seinen Veränderungen keine Analogie mit der allgemeinen Anästhesie der Mundhöhle; in einzelnen Fällen war nur eine der vier „Hauptqualitäten des Geschmacks“ ausgefallen; das „Geschmacksfeld“ zeigte sich häufig eingeschränkt. Totale Anosmie fand sich nur einmal, unilaterale Anosmie viermal, und zwar zusammen mit Hemianästhesie der Nasenschleimhaut.

Unilaterale Störungen des Gehörs traten in verschiedener Form auf, ohne gesetzmässige Beziehungen zu Hemianästhesie überhaupt oder zu der des Gehörgangs und Trommelfells. In einem Falle wurden nur sehr hohe Töne nicht gehört.

Hysterogene Zonen fand er in den Schleimhäuten bei 6 seiner 11 Fälle; auf der Nasenschleimhaut in 6, im Larynx in 4 Fällen, in der Mundschleimhaut zweimal, ebenso im äusseren Gehörgang; diese Kranken hatten auch spasmogene Regionen der Haut, litten an heftigen Convulsionen, einige an spontanen Anfällen von Somnambulismus; die Zonen waren bilateral symmetrisch und fanden sich nicht an anästhetischen Stellen; oft war hier die Schleimhaut der Sitz gröberer anatomischer Veränderungen.

Wo bei einem Individuum mehrere spasmogene Regionen vorkamen, zeigten dieselben eine verschiedene Erregbarkeit, als Reiz genügte gewöhnlich Sondendruck. Meist war die Localisation dieser Stellen eine constante, doch kamen auch Aenderungen von einem Tage zum anderen vor; die hysterogenen Zonen haben eine erhebliche diagnostische Bedeutung, und sind auch ätiologisch und prophylaktisch wichtig.

Eine grosse Anzahl interessanter und zum Theil ganz neuer Einzelbeobachtungen müssen im Original nachgelesen werden.

Kurella (Ahrweiler).

---

340) **Francis Imlach:** A case of hystero-epilepsy of twenty years duration, treated by removal of the uterine appendages. (Fall von 20 jähriger Hysteroepilepsie, durch Entfernung der Uterusanhänge geheilt.) (The Brit. med. journ. 7. April 1888.)

Die sehr häufigen und schweren hysteroepileptischen Anfälle der 40 jährigen Patientin hatten bisher allen therapeutischen Versuchen mit den verschiedenen Mitteln, namentlich auch den Bromsalzen und in mehreren Krankenhäusern hartnäckig widerstanden. Nach operativer Beseitigung einer doppelseitigen Pyosalpinx, dem Produkte eines 12 jährigen Leidens, wiederholten sich die Anfälle nur noch selten um der nunmehr wiederholten Anwendung der Bromsalze gänzlich zu weichen. Ueber die Indication zur Operation konnte in diesem Falle schon vom gynäkologischen Standpunkte aus kein Zweifel obwalten.

Nagel (Halle a. d. S.).

---

341) **Cook** and **Clifford Beale**: Case of rapidly fatal Chorea: Death in 130 hours. (Fall von schnell tödtlicher Chorea: Tod nach 130 Stunden.) (The Brit. med. journ. 14. April 1888.)

Der Fall bietet an sich nichts Bemerkenswerthes. Die Krankheit

trat ohne bek. ätiolog. Moment bei einem ziemlich gesunden 9 jährigen Mädchen auf. Die Krampferscheinungen steigerten sich unaufhaltsam und stetig bis zum Tode, welcher bei sehr hoher Pulsfrequenz, mässiger Temperatursteigerung, Schluckstörung, Blasenlähmung, Benommenheit eintrat.

Die Section ergab am Herzen Verdickungen und kleine Auflagerungen an den Mitralklappen, im Centralnervensystem war nichts zu finden ausser einer hochgradigen Anämie von Pons und Oblongata.

Nagel (Halle a. d. S.).

---

342) **Paget** (Cambridge): Notes on an exceptional case of aphasia. (Ueber einen merkwürdigen Fall von Aphasie.)

(The Brit. med. journ. 10. Dezbr. 1887.)

Ein Fall von motorischer Aphasie bei einem ausgesprochen linkshändigen Manne, welche gleichwohl mit Hemiplegie der r. Körperhälfte einherging, wird für die Erörterung der Frage benutzt, durch welchen Umstand die Anlage der Sprachcentren in der l. oder r. Hemisphäre ursprünglich bestimmt wurde. Verf. ist der Anschauung zugeneigt, dass hierbei nicht allein die Naturanlage, sondern auch die Erziehung massgebend sei. Der Pat. war vor seiner Erkrankung ein ausgezeichnet beanlagter Redner und zugleich vielbeschäftigter Schriftsteller. Es scheint, dass bei ihm die Gewohnheit des Schreibens, wobei er die r. Hand benutzte, für die Ausbildung der Sprachcentren in der l. Hemisphäre entscheidend gewesen sei, obgleich die r. der natürlichen Beanlagung zufolge zunächst dazu prädestinirt war. Man kann sich denken, dass der Schreibact sich leichter vollzieht, wenn er von derjenigen Hemisphäre besorgt wird, welche zugleich den Wortschatz beherbergt, und dass bei schreibend beschäftigten Personen in umgekehrtem Sinne auf die Bildung der Sprachcentren Einwirkungen stattfinden.

Da *ein* Fall nur Vermuthungen rechtfertigt, so wird es sich fragen, ob linksseitige Hemiplegie mit Aphasie auch bei solchen linkshändigen Personen vorkommt, welche viel oder vorzugsweise schreibend beschäftigt waren.

Nagel (Halle a. d. S.).

---

343) **Arthur E. Bakker:** Notes on a case of cerebral suppuration due to otitis media diagnosed and successfully treated by trephining and drainage. (Bemerkungen über einen Fall von Gehirneiterung in Folge von Otitis media, welcher erkannt und mit Erfolg durch Trepanation und Drainage behandelt wurde.)

(The Brit. med. journ. 14. April 1888.)

Der 33 jährige Pat. hatte im 7. Jahre nach Scharlach an Mittelohrkatarrh gelitten, welcher später verschiedentlich recidivirte. Er erkrankte im Dezbr. 1887 mit heftigen rechtsseitigen Kopfschmerzen, welche von neuralgischem Charakter waren und namentlich das Gebiet mehrerer Zweige des Trigeminus einnahmen. Ferner stellten sich

epileptiforme Anfälle ein mit stärkerer Betheiligung der r. Körperhälfte.

Die Aufmeisselung des r. Warzenfortsatzes verlief resultatlos. Pat. magerte stark ab, die Kräfte schwanden, das Sensorium war getrübt, starker Foetor ex ore. Am 1. Februar wurde zuerst eine Parese des l. Facialis, und des l. Armes bemerkt. Die letztere nahm in der Folge zu, es traten hier leichte Muskelspasmen ein.

Die Sehnenreflexe der Unterextremitäten waren beiders. gesteigert, der Plantarreflex l. abgeschwächt. Die r. Pupille war weiter als die linke.

Temperatur nicht gesteigert, Puls etwa 64. Die Diagnose wurde auf circumscripte Meningitis in der Gegend der Vereinigung des mittleren und unteren Drittels der Centralwindungen gestellt.

Bei der am 3. II. vorgenommenen Trepanation fand sich keine Veränderung an der Pia dieser Gegend, wohl aber Vorwölbung und Fluctuation der darunterliegenden Gehirnsubstanz.

Durch Einstich einer Hohlnadel wurde ein Eiterherd aufgefunden, welcher wegen seiner mehr basalen Lage durch eine neue über der l. Schläfenwindung angebrachte Trepanationsöffnung zugänglich gemacht und drainirt wurde.

Die Menge des entleerten geruchlosen Eiters betrug etwa 30 Cbcm. Die Wunde heilte in kurzer Zeit aus, die Lähmungserscheinungen bildeten sich schnell zurück, länger blieb die Steigerung der Reflexe bestehen. Gestützt auf eine möglichst getreue Wiederholung der Einstiche an der Leiche gelangt Verf. zu dem Schlusse, dass es sich um eine Eitercyste in der Fissura Sylvii handelte, gewissermassen eine circumscripte Meningitis derselben.

Nagel (Halle a. d. S.)

---

344) **Harrisson:** Cerebral abscess treated success fully by operation. (Gehirnabscess mit erfolgreicher Operation.) (The Brit. medical journal. 21. April 1888.)

Bemerkenswerth ist, dass zwischen der als causales Moment aufzufassenden Kopfverletzung und dem Auftreten der ersten localen Erscheinungen ein Zeitraum von 10 Jahren lag.

Als in Folge schwerer Krampf- und Lähmungserscheinungen, welche wegen ihrer primären und vorwiegenden Betheiligung des r. Armes die Localdiagnose leicht machten, trepanirt wurde, fand sich eine Compression des Gehirns durch einen prominenten Knochensplitter.

Nachdem durch die Entfernung desselben nur geringe und vorübergehende Besserung erzielt worden war, eröffnete ein senkrechter Einstich in das äusserlich gesund erscheinende Gehirn einen Abscess mit ca, 7,5 Cbcm. fötiden Eiters.

Es folgte nun vollständige Genesung.

Nagel (Halle a. d. S.)

---

345) **David Ferrier**: Case of cerebral abscess in connection with otitis media, success fully diagnosed and evacuated. (Gehirnabscess nach Mittelohrkatarrh, erfolgreich erkannt und entleert.)

(The Brit. med. journ. 10. März 1888.)

Der Krankheitsverlauf ist in Kürze folgender:

Rect. 8. 11. 1887. Schmerzen im l. Ohre bei dem vorher gesunden Pat.

15. 11. Auftreten eines eitrigen Ausflusses.

Seit Ende des Monats öfters Benommenheit, Pulsverlangsamung (52), mühsame Respiration. Temperatur normal.

5. 12. Schwächere Innervation des r. Mundwinkels.

6. 12. Sprachstörung paraphasischen Charakters, zuweilen mit leichter Worttaubheit.

Beiders. Neuritis optica, r. ein kleines Extravasat an der Papille.

Geringe Abschwächung des Händedrucks rechterseits (Pat. ist rechtshändig).

Bei genauer Untersuchung fand sich endlich noch eine gegen Druck und Beklopfen empfindliche Stelle 2 Zoll über und etwas nach vorn vom l. äusseren Gehörgange.

Die Diagnose, auf einen Abscess im vorderen Drittel der 1. l. Schläfenwindung gestellt, wurde durch die Trepanation vollauf bestätigt.

Das Gehirn, übrigens von normalem Aussehen buchtete sich deutlich vor, die Punktion ergab etwa 20,0 geruchlosen Eiters.

Sämmtliche Erscheinungen gingen im Laufe einiger Wochen zurück. Nagel (Halle a. d. S.).

---

346) **Algeri** (Manicomio dell' Ambrogiana): Epilessia e disturbi mentali, consecutiva a trauma sul capo in un delinquente, trapanazione del cranio, miglioramento. (Schädeltrauma mit nachfolgender Epilepsie und psychischer Störung bei einem Verbrecher, Trepanation, Besserung.) (Rivista speriment. XIII. 3.)

Sichelhieb über das linke Stirnbein, sofort Delirien und Convulsionen; Abgang von zahlreichen Knochensplittern während der Behandlung, Heilung der Wunde; ein Jahr darauf Verurtheilung wegen Körperverletzung; nach einigen Monaten volle Entwicklung epileptischer Geistesstörung mit Verfolgungsdelirien. Trepanation an der Stelle der Narbe fünf Jahre nach dem Trauma. Entfernung eines 2 Centimeter langen, von der Tabula vitrea schräg zur Dura über der zweiten Stirnwindung ziehenden Knochenfragments. Guter Wundverlauf. In den nächsten 3 Monaten Ausbleiben der Anfälle und erhebliche psychische Besserung, Aufhören der früher äusserst heftigen Kopfschmerzen.

Kurella (Ahrweiler).

---

347) **G. Seppili** (Imola): Significato semiologico dell' epilessia parziale. (Diagnostische Bedeutung der Jackson'schen Epilepsie.)
(Rivista speriment. di Freniatria. XIII. 3.)

In vier Fällen von partieller Epilepsie fand sich bei der Section ganz diffuse Leptomeningitis, ohne Heerdbefunde. Im übrigen bestanden die Symptome einer progressiven Paralyse mehr oder weniger deutlich in allen Fällen; bei einem der Patienten fanden sich mehrere Tage lang fast unausgesetzte Convulsionen in der rechten Gesichtshälfte, ohne Bewusstseinsstörung.

S. schliesst aus diesen Beobachtungen, dass partielle Epilepsie zwar die Diagnose einer Hirnrindenerkrankung rechtfertigt, jedoch nicht ein sicheres Urtheil über die betroffenen Rindenbezirke und darüber, ob es sich um eine organische, oder um eine dynamische Störung handelt. Kurella (Ahrweiler).

---

348) **Bernardini** (Reggio): Ipertrofia cerebrale e idiotismo. (Fall von Hirnhypertrophie bei einem Idioten.) (Rivista speriment. XIII. 1.)

Bei der Section eines Halbidioten mit enormem Schädel (Durchmesser 184 : 169) fand sich nicht der erwartete Hydrocephalus, sondern ein hypertrophisches, äusserst compactes Gehirn von 1755 gr. Gewicht. Untersuchung der Rinde nach Golgi.

Es fand sich Vermehrung, Vergrösserung der Neurogliazellen und Zunahme ihrer Fortsätze; die Ganglienzellen waren kleiner und spärlicher als in der Norm, stark granulirt, pigmentirt und fettreich; ihre protoplasmatischen Ausläufer wenig zahlreich, dünn und wenig ramificirt; der nervöse Ausläufer dünn, atrophisch, oft nur auf kurze Strecken zu verfolgen; stellenweise sind zwei Zellen durch einen dicken protoplasmatischen Ausläufer vorhanden. (Nach Golgi Zeichen der Entwicklungshemmung.)

Die Rindengefässe waren zum Theil degenerirt, die Lymphscheide stark erweitert. In einer Tabelle stellt B. den Rindenbefund von 27 in jüngster Zeit publicirten Fällen von Idiotie zusammen; die meisten Autoren fanden demzufolge Verkleinerung, Atrophie und Schrumpfung der Zellen, Verminderung ihrer Zahl und Atrophie der Fortsätze. Kurella (Ahrweiler).

---

349) **Jelgersma** (Meerenberg): Nieuwere onderzoekingen over dementia paralytica. (Neuere Untersuchungen über Dementia paralytica.)
(Nederl. Tydschrift voor Geneeskunde 1888. Nro. 15.)

Lediglich eine Wiedergabe der neueren Befunde von Tuczek, Weigert, Zacher und Friedmann über die markhaltigen Rindenfasern bei Paralyse, und der Fürstner-Mendel'schen Rotationsversuche an Hunden. Kurella (Ahrweiler).

II. Aus den Vereinen.

Medicinische Gesellschaft in Basel.

Sitzung vom 20 October 1887. (Corres. Bl. f. Schw. Aerzte 1888 8.)

352) Prof. **Wille** hält einen Vortrag *über Paralysis agitans und die dabei vorkommenden centralen Störungen.* Er giebt zunächst einige geschichtliche Notizen und macht dabei namentlich auf die von Felix Plater beschriebenen Tremorarten aufmerksam, worunter auch Fälle dieser Krankheit vorkommen. Ausführlich beschrieb die Krankheit erst Parkinson 1817; jüngstens Charcot und Westphal.

Die in den ausgebildeten Fällen recht seltene Krankheit wird von verschiedenen Aerzten an verschiedenen Orten in variabler Häufigkeit beobachtet, so dass der Schluss auf ein Obwalten eigenthümlicher territorialer Verhältnisse muss gezogen werden.

Bei der Aetiologie kommen namentlich die Erblichkeitsverhältnisse in Betracht, insofern die Betroffenen meist nervös belastete Personen sind. Wille beobachtete in seinen Fällen das Auftreten zur Hälfte vor, zur Hälfte nach dem 40. Jahre, frühestens im 27. Jahre; es waren 6 Weiber und 3 Männer. Erkältungen, gemüthliche Erschütterungen, acute Infectionskrankheiten kommen noch in Betracht; doch bleibt die Ursache meist dunkel.

Die Entwicklung der Krankheit beginnt meistens mit einem vieljährigen Vorläufer-Stadium, kann aber auch plötzlich sein. In jenem Falle sind es rheumatoïde Affectionen, Gemüthsreizbarkeit; dann Müdigkeitsgefühl, später Zittern in einem Gliede, dem die andern folgen: entweder in gekreuzter Form, meist aber paraplegisch, auch hemiplegisch. Dann tritt Mukelsteifigkeit bis zur Contractur auf; im terminalen Stadium hochgradige Schwäche bis zu eigentlicher Lähmung, auch Störungen im vegetativen Gebiete. Nach chronischem Verlaufe tritt der Tod durch Complicationen auf; manche Fälle bleiben auch stationär, wenige bessern sich; einig Autoren, u. a. Charcot, sahen Heilung.

Ueber die Art und Zeit der Muskelsymptome differiren die Autoren; Referent notirte die Schwäche als erstes. Der Tremor ist höchst charakteristisch, permanent, in schweren Fällen auch während des Schlafes, bei körperlicher und geistiger Ruhe am mildesten, ausnahmsweise auch ganz aussetzend, zuweilen durch den Willen unterdrückbar, an den Extremitäten am deutlichsten, doch den Kopf keineswegs verschonend. Die Rigidität bringt ein charakteristisches Bild hervor: der Kopf ist zur Brust geneigt, der Rumpf gebogen, die Ellbogen flectirt und an den Leib gedrückt, die Hände nach der Ulnarseite flectirt oder in Schreibfederhaltung; der Gang ist propulsiv, kann aber auch retrograd sein, eine Eigenthümlichkeit, welche nach Ref. auf der Steifigkeit beruht. Dagegen geht die Veränderung der Sprache vom Centrum aus. Weitere centrale Störungen sind Hyperästhesien, Schwindel, Kopfweh, vasomotorische Störungen, gesteigertes subjectives

Wärmegefühl, Salivation. Die frühzeitige psychische Schwäche steigerte sich allmählig bis zum Blödsinn. Von complicirenden psychischen Störungen beobachtete Referent 2 Fälle.

Der erste, ein Briefträger, seit dem 37. Lebensjahre an Paralysis agitans erkrankt, bekam acute Paranoia, welche in wenigen Wochen verlief; es blieb Schwachsinn zurück; Tod nach 11 Jahren. Es stellte sich heraus, dass die Familie schwer belastet und Patient von jeher etwas auffallend gewesen, und die Paranoia muss als acute alcoholische Verrücktheit aufgefasst werden.

Im zweiten Falle traten nach zweijähriger Krankheitsdauer der Paralysis agitans Delirien auf, welche nach 5 Wochen cessirten, um eine — aber nur 6 Wochen dauernde — Besserung der Paralysis agitans zu hinterlassen; Tod nach 15 Jahren. Hier war die Mutter ebenfalls geisteskrank, Patientin früher aber gesund gewesen. Es fand sich aber Insufficienz und Stenose der Aorta, welche zu heftigen dyspnoïschen Anfällen führten, die einen delirienähnlichen Charakter annahmen.

Die Paralysis agitans führt daher nicht zu den complicirenden Neurosen, sondern diese haben anderweitige Ursachen gehabt. Dagegen führt der progressive Krankheitszustand geistige Schwäche mit sich. Fernere centrale Störungen bestehen in Schwierigkeit der Kau- und Schluckbewegungen, in Sprachstörungen. Die Krankheit ist also nervöser Natur.

Die Ausbeute der pathologischen Anatomie ist negativ. Die beiden obigen Fälle ergaben zwar hochgradigen Hydrocephalus internus et externus, aber sonst weder macro- noch microscopische Abnormitäten. —

Der Tod bei dieser Krankheit erscheint als Folge der durch dieselbe bedingten Hinfälligkeit; er wird häufig durch Pneumonie herbeigeführt.

Die Diagnose, so selbstverständlich sie bei der typischen Form erscheint, macht bei manchen Variationen Schwierigkeiten, z. B. wenn Paralysis agitans viele Jahre ohne Zittern verläuft, oder wenn die Muskelsteifigkeit ausbleibt, oder wenn der Tremor nur anfallsweise auftritt, oder in einem späteren Stadium. Nystagmus, der sich bei multipler Sclerose vorfindet, tritt hier nicht auf; doch fand ihn Referent in einem Falle. Vor falscher Diagnose bei einzelnen Fällen der Chorea schützt Berücksichtigung der Hilfsmomente. Manche Formen senilen Tremors können auch grosse Schwierigkeit bereiten.

Die Prognose ist quoad vitam ungünstig; Die Krankheit führt gewöhnlich in 9—10 Jahren zum Tode.

Auch die Therapie ändert hieran nichts; von Faradisation, Morphin, Hyoscyamin, Kalium arsenicosum sah Referent keinen Nutzen. Neuerdings wurde Physostigmin 0,001, allmählig steigend, empfohlen. Beobachtung der Hygieine ist die Hauptsache. —

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig. Druck von **Philipp Werle** in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. 15. Mai 1888. Nro. 10.

Inhalt.

I. Referate und Kritiken. **Regnard et Loye**: Untersuchungen an dem Cadaver eines hingerichteten zu Amiens. **Paris**: Note sur un cas d'atavisme. **Langeveld**: Chronische Hyperaemie des Gehirns und des Rückenmarks. **Bernhardt**: Beiträge zur Lehre von den basalen und nuclearen Augenmuskellähmungen. **Siemerling**: Ein Fall von gummöser Erkrankung der Hirnbasis mit Betheiligung des Chiasma nervorum opticorum. **Oppenheim**: Ueber die Poliomyelitis anterior chronica (Erb). **Nonne**: Zur Casuistik der Betheiligung der peripherischen Nerven bei Tabes dorsalis. **Babinski**: Sur une déformation du tronc causée par la sciatique. **von Hoesslin**: Ueber locale Aphyxie. **de la Tourette et Blocq**: Ueber die Behandlung der complicirten Migräne. **Ziehen**: Ueber Myoclonus und Myoclonie. **Lyon**: Einige Fälle von Alkoholismus bei jugendlichen Individuen. **Raymond**: Hysterie und Syphilis. Psychische Lähmung. **Calmettes**: Reflexneurosen der Nase. **Rosenbaum**: Ueber postepileptische Bewusstseinstrübung und epileptische Aequivalente. **Stephan**: Therapeutische Bedeutung von Hypnotismus und Suggestion. **Savage, Shuttleworth, Beach, Wiglesworth**: Syphilis und Geistesstörung. **Christian**: Recherches sur l'etiologie de la paralysie générale chez l'homme. **Stearns**: Classification der Psychosen. **Chaming**: An international classification of mental diseases. **Rader**: Zur Frage der künstlichen Ernährung bei abstinirenden Geisteskranken. **Bell**: Irresein und Irrenversorgung. **Psychiatrisches in dem Entwurf des italienischen Strafgesetzbuchs. Motet**: Mordthaten von Alcoholisten.

II. Aus den Vereinen. I. Medicinische Gesellschaft in Basel. II. Gesellschaft der Aerzte in Zürich. III. Académie des sciences zu Paris. IV. Société médico-pratique. V. Société de chirurgie zu Paris. VI. Neurological society zu London. VII. Medical society of London. VIII. Zwölfter Congress der Associazione Medica Italiana in Pavia. 19.—25. September 1887. IX. Société de biologie. X. Académie de médecine zu Paris. XI. Société médicale des hopitaux zu Paris. XII. Académie de médecine zu Paris, XIII. Société de chirurgie zu Paris.

I. Referate und Kritiken.

353) **P. Regnard et P. Loye**: Recherches faites á Amiens sur les restes d'un supplicié. (Untersuchungen an dem Cadaver eines Hingerichteten zu Amiens.) (Le Progrès médic. 87. 28.)

Die Untersuchungen sind an einem 38 jährigen vermittelst der Guillotine hingerichteten Individuum zwei Secunden nach der Execution angestellt; Die Section fand 20 Minuten nach derselben Statt. Die Ergebnisse der Untersuchungen waren folgende. Zwei Secunden nach der Enthauptung waren Zeichen von Bewusstsein nicht mehr vorhanden.

Reflexbewegungen konnten noch bis zur sechsten Secunde durch Reizung der Cornea hervorgerufen werden. Die Herzventrikel contrahirten sich während 25 Minuten, Contractionen der Vorhöfe waren noch eine Stunde nach der Execution vorhanden. Abgesehen von dem Cornealreflexe, starker Contraction der Kiefern und dem Pulsiren der Caroditen hätte man glauben können, dass die Enthauptung an einem Cadaver vorgenommen sei, so wenig traten irgend welche Zuckungen nach derselben in den Körpertheilen auf. Der Tod gleicht dem von Brown-Sequard beschriebenen, wie er bei Thieren nach gewissen Reizungen des Nervensystems auftritt, und ist völlig verschieden von dem, wie er sich bei Thierexperimenten darstellt.

Holtermann (Sachsenberg).

---

354) **Alexandre Paris**: Note sur un cas d'atavisme.
Charcot's Arch. Vol. XIV. Nro. 41. p. 268 ff.)

In der Anstalt zu Chalons sur Marne befindet sich eine von Geburt an völlig blödsinnige, unreinliche, zu tobsüchtiger Wuth geneigte und an epileptischen Anfällen leidende Idiotin mit hydrocephalischer Schädelbildung, Strabismus, Amblyopie und anderen Degenerationszeichen. Der mehrjährige Anstaltsaufenthalt ist ohne jede erziehliche Einwirkung geblieben. Einer articulirten Sprache ist sie unfähig. Dieses Individuum singt täglich in ganz correcter Weise einige alte Melodien und zwar immer dieselben und in gleicher Reihenfolge. Sie stammt aus einer gesangliebenden Familie und ihre Eltern haben ihr, als sie in frühen Kinderjahren zu Hause gepflegt wurde, öfters Lieder vorgesungen.

Verf. hält diesen Fall, für welchen übrigens Analoga aus der Literatur bekannt sind, nicht für ein Produkt von erblicher Veranlagung und Erziehung sondern für reinen Atavismus für alleiniges „Gedächtniss der Arterie", weshalb ist nicht recht ersichtlich.

Leppmann (Breslau).

---

355) **Langeveld** (Zwolle): Hyperhémie chronique du cerveau et de la moelle épinière. (Chronische Hyperaemie des Gehirns und des Rückenmarks.) (Le Progrès médical 1887. 28.)

Der Fall betrifft einen 22 jährigen jungen Mann, der in Folge von geistiger Ueberanstrengung seit mehrern Jahren an heftigen Kopfschmerzen litt und nach und nach unfähig zu jeder geistigen Beschäftigung ja zu jeder körperlichen Anstrengung wurde. Nachdem verschiedene Kurverfahren und Arzneimittel ohne jede Wirkung gewesen waren, erzielte L. günstigen Erfolg, indem er die nach Application grosser Vesicantien in die Kreuzbeingegend entstandenen Wunden durch Unguentum Tartari stibiati mehrere Monate lang in Eiterung hielt. Binnen 5 Monaten war Heilung eingetreten.

Holtermann (Sachsenberg).

---

56) **Bernhardt** (Berlin): Beiträge zur Lehre von den basalen und nuclearen Augenmuskellähmungen. (Arch. f. Psych. XIX. 2. p. 505.)

I. Fall von linksseitiger totaler *Augenmuskellähmung* und Anästhesie des Bulbus bei einer 34 jährigen Frau mit zugleich bestehender Parästhesie in der gleichen Gesichtshälfte. Besserung nach Jodkali und galvanischer Behandlung. Verf. glaubt, dass es sich um einen circumscripten *syphilitischen* Prozess der mittleren linken Schädelgruppe handle.

II. *Beiderseitige Nuclearlähmung* der Augenmuskeln bei einem Manne in mittleren Jahren (keine Lues). Dieselbe verlief während der 7 jährigen Beobachtungszeit discontinuirlich und schwankend und war im Allg. links stärker ausgeprägt. Als der Fall ausser Beobachtung kam waren einige Tabes verdächtige Symptome aufgetreten, bis dahin bestand das auffallende Krankheitsbild ganz isolirt. —

III. *Beiderseitige Nuclearlähmung* (links hochgradiger) bei einem 44 jährigen Manne (ohne Lues) mit Betheiligung des motorischen Trigeminusastes welche unter Jodkali- und galvanischer Behandlung innerhalb eines Vierteljahres in Heilung überging.

IV. *Nuclearlähmung* bei einer reichlich 40 jährigen robusten Frau. Rechts Lähmung des muscul. rect. int. und ext. und Amblyopia congenita; links Lähmung des M. rect. int. und leichte Ptosis. Ferner Parese der rechten Kaumuskulatur und ebenso rechts herabgesetzte Geschmacksempfindlichkeit. Heilung nach etwa $1^1/_4$ Jahren.

Langreuter (Eichberg).

---

357) **Siemerling** (Berlin): Ein Fall von gummöser Erkrankung der Hirnbasis mit Betheiligung des Chiasma nervorum opticorum. (Arch. f. Psych. XIX. 2. p. 401.)

Dieser „Beitrag zur Lehre vom Faserverlauf im optischen Leitungsapparat“ bestätigt wieder die jetzt am meisten vertretene Ansicht von der lateralen (später centralen) Lage der ungekreuzten Opticusbündel. An der Basis des fr. Gehirns fand sich eine gummöse Wucherung welche den linken Tractus in seinem Verlauf bis einschliesslich der corpora geniculata und des Pulvinar total umgewandelt hatte. Rechter Tractus, Chiasma und beide Optici waren syphilitisch infiltrirt und zwar auf der linken Seite in stärkerem Maasse, zum Theil bereits atrophirt. Nur ein zusammenhängender Faserzug liess sich feststellen und zwar im rechten Opticus, Tractus und in der rechten Hälfte des Chiasma. Dementsprechend bestand im Leben links totale Amaurose und rechts neben Herabsetzung der Sehschärfe ausgesprochene temporale Hemianopsie.

Verf. stellt sich nun den Verlauf des Zerstörungsprozesses folgendermaassen vor: Der linke Tractus sei am frühesten von der Neubildung ergriffen. Dadurch wurden das linke ungekreuzte und das gekreuzte Bündel des rechten Nerven betroffen. Die gummöse Wucherung griff nun weiter auf das Chiasma über und veranlassten die Zerstörung auch des linksseitigen im rechten Tractus verlaufenden

gekreuzten Bündels. Nur das rechte ungekreuzte Bündel blieb verschont, weil am weitesten vom Ausgangspunkt des Prozesses entfernt. Es stellte den oben erwähnten zusammenhängenden Faserzug dar und liess sich von der Papille bis zur Ausstrahlung des Tractus im corpus geniculat. int. et extern. verfolgen — wie die Abbildungen einer Serie von zahlreichen aufeinanderfolgenden Schnitten beweisen. Mit Rücksicht auf die intra vitam beobachtete rechtseitige temporale Hemianopsie liess sich demnach für die optische Leitungsbahn Folgendes feststellen: „Die Fasern welche den lateralen Theil der Retina versorgen, also wesentlich Fasern des ungekreuzten Bündels verlaufen im Opticusstamm lateralwärts, mit dem grössten Theile ihres Umfanges die Peripherie erreichend, und zwar liegen sie im intraorbitalen Theil mehr unten, weiter centralwärts rücken sie mehr nach aussen. Im Chiasma liegt das ungegreuzte Bündel lateralwärts, im vorderen Theil an der ventralen Fläche, um von dort allmählig in die dorsale Lage, welche es im hinteren Theile einnimmt, emporzurücken. Im Tractus hat das ungekreuzte Bündel eine centrale Lage erreicht nirgends die Peripherie". Langreuter (Eichberg).

---

358) **Oppenheim** (Berlin): Ueber die Poliomyelitis anterior chronica (Erb). (Arch. f. Psych. XIX. 2. p. 381.)

(Paralysie générale spinale antérieure subaigne, Duchenne. — Poliomyelitis anterior subacuta, Kussmaul.)

Dem bisherigen in pathologisch anatomischer Beziehung vielfach lückenhaften Material über den Gegenstand wird folgende Beobachtung einer *reinen Vorderhornerkrankung* hinzugefügt und zwar in einer trotz der grossen und exacten Detaillirung sehr übersichtlichen Schilderung: Eine 52 jährige Frau, früher gesund, erkrankt im August 1883 mit Schwäche im rechten Arme, die im Verlauf einiger Monate auf sämmtliche Extremitäten übergeht. Im October 1884 war die Lähmung fast bis zur Paralyse fortgeschritten, während andere nervöse und Gehirnerscheinungen durchaus fehlten. Im Februar 1885 war allmählig fortgeschrittene Muskeldegeneration hinzugetreten. Die Krankheit betraf also ausschliesslich die motorische Sphäre. Die Lähmung betraf jetzt die Muskulatur des Rumpfes und der Extremitäten und zwar waren Deltoideus, Biceps, Brachialis internus, Supinator longus am stärksten betheiligt. Neben der Atrophie war Entartungsreaction vorhanden und fibrilläres Zittern. Kniephänomene sind erhalten. — Der weitere Verlauf kennzeichnete sich durch Zunahme der Lähmungserscheinungen an Intensität und Ausbreitung. Allmählig erlosch auch die elektrische Erregbarkeit fast vollständig, und in Folge der Degeneration des M. vastus wurde das Kniephänomen aufgehoben. Zuletzt wurden Hals-, Nackenmuskulatur, Zunge, Lippen etc. und endlich die Respirationsmuskeln in den Prozess hineingezogen, bis der Tod 3 Jahre nach Beginn des Leidens in Folge eines Erstickungsanfalles eintrat.

Die Section bestätigte die auf Polyomiel. ant. chron. vorher gestellte Diagnose, und zwar stellte sich das Rückenmarksleiden als eine

reine Vorderhornerkrankung dar, characterisirt durch einen nahezu totalen Schwund der Ganglienzellen in allen Höhen, mit sclerotischer Entartung der Grundsubstanz. In der Lendenschwellung war der Prozess am hochgradigsten, nach oben liess er sich bis zur Pyramidenkreuzung verfolgen.

Hinterhörner, Clarke'sche Säulen, weisse Substanz waren dagegen von normaler Beschaffenheit, ebenso die Kerne und Wurzeln der Hirnnerven. Die Entartung der Muskeln war eine recht erhebliche und bestand besonders in Verschmälerung der Fasern und Kernwucherung.

In auffallendem Contrast zu diesen schweren Veränderungen in Vorderhörnern und Muskulatur stand die geringe Atrophie der peripherischen Nerven und die unbedeutende Degeneration der vorderen Wurzeln. Diese relative Selbstständigkeit von Nerven und vorderen Wurzeln fällt erheblich in's Gewicht zu Gunsten der Erb'schen Hypothese von der Existenz *gesonderter* trophischer Bahnen und Apparate für Nerv *und* Muskel. Langreuter (Eichberg).

---

359) **Nonne** (Hamburg): Zur Casuistik der Betheiligung der peripherischen Nerven bei Tabes dorsalis. (Arch. f. Psych. XIX. 2. p. 352.)

Das Material zur Lösung der in den letzten Jahren viel discutirten oben genannter Fragen bereichert der Verf. durch Mittheilung von 5 Beobachtungen, deren einer das Sectionresultat des Falles hinzugefügt werden kann.

I. Neuritis im Gebiet der Handwurzelnerven zwei Jahre nach einer syphilitischen Infection. Erst nach weiteren vier Jahren langsam fortschreidende Sclerose der Hinterstränge, während die Neuritis zum Stillstand kommt. — Die Section ergab Degeneration der motorischen Extremitätennerven und zwar hauptsächlich der in Frage kommenden Gebiete.

II. Isolirte Lähmung des linken N. radialis bei einem 47jährigen Tabiker. (Keine Syphilis.)

III. Vorübergehende Parese zuerst des linken, dann des rechten N. peroneus während einer seit 5 Jahren bestehenden Tabes bei einem 33 jährigen Manne. (Syphilis).

IV. Parese und Abmagerung im Gebiete der beiderseitigen Handmuskulatur. 49 jähriger Mann seit 3 Jahren tabisch (Syphilis).

V. Paralyse und Abmagerung beider Unterextremitäten bei einem 48jährigen Mann. Beginn der Tabes seit 2 Jahren. (Keine Syphilis).

Verf. ist auch bezüglich der nicht zur Section gekommenen Fälle der Meinung, dass die Lähmungserscheinungen von Neuritis und nicht von etwaiger Affection der Vorderhörner (neben der Hinterstrangsclerose) herrührten. —

Ohne vorläufig eine bestimmte Stellung zu der Frage über das Verhältniss der peripherischen Neuritis zur Tabes zu nehmen, bestreitet Nonne die von v. Renz vertretene Auffassung, dergemäss die Tabes ihren Ausgangspunkt von den peripherischen Endausbreitungen des

Plexus pudendo-haemorrhoidalis nehme. Die „Noxe“ steige dann auf dem peripherischen Nerven bis znr Wurzelzone der Hinterstränge des Rückenmarks auf. Die klinischen Befunde von Renz's hat Nonne an 20 Tabesfällen nachgeprüft und fand, dass das fragliche Gebiet freilich nur einmal ganz frei von Sensibilitätsstörungen war, dass aber die Sensibilitätsstörungen mit verschwindenden Ausnahmen an den *unteren Extremitäten grösser* waren als in dem Ausbreitungsgebiet des plexus pudendo-hämorrhoidalis. — Zu denselben Resultaten betreff's der von Renz'schen Auffassung kam Dr. Eisenlohr durch frühere Untersuchungen. —

Langreuter (Eichberg).

---

360) **J. Babinski:** Sur une déformation du tronc causée par la sciatique. (Charcot's Arch. Vol. XV. Nro. 43. p. 1. ff.)

Verf. hat, von Charcot aufmerksam gemacht, beobachtet, dass sich zuweilen, wenn auch nicht gerade häufig bei Leuten welche an langdauernder und heftiger Ischias leiden, folgende pathologische Haltung findet. Der Rumpf der Kranken ist ein wenig nach vorwärts gebeugt und zugleich nach der dem kranken Ischiadicus entgegengesetzten Seite geneigt, so dass der Rippenbogen der gesunden Seite sich dem zugehörigen Darmbeinkamme erheblich nähert und die Lendenwirbelsäule eine Seitwärtskrümmung mit der Convexität nach der kranken Seite sowie im Bruchtheil eine compencirende Verbiegung in entgegengesetzter Richtung zeigt. Dabei wird das Bein der kranken Seite so gehalten, dass es zwar lose aber mit voller Sohlenfläche dem Boden aufliegt. Diese Stellung wird nicht nur beim Stehen und Gehen, nein auch beim Liegen beibehalten und durch passive Bewegungen nicht ausgeglichen. Sie kommt dadurch zu Stande, dass bei heftigen Schmerzen die Patienten den Druck gespannter Muskeln auf den kranken Nerven durch Entlastung der betreffenden Rumpfseite möglichst vermeiden wolle und durch lockeres Aufgesetzthalten der Sohle auf dem Fussboden andererseits eine Zerrung des Nervens verhindern. Durch die Macht der Gewohnheit und durch eine Art spastischer Contractur wird die Stellung auch beim Liegen beibehalten und schliesslich bilden sich wie bei andern spastischen Zuständen Sehnenverkürzungen.

Bei der Coxalgie findet sich zuweilen eine ähnliche Haltung, doch ist dann gewöhnlich die Sohle bis auf die Fussspitze vom Boden abgehoben und der Rumpf zugleich mit der Beugung nach der gesunden Seite in der vertikalen Axe nach der kranken Seite zu rotirt.

Leppmann (Breslau).

---

361) **R. von Hoesslin** (Neuwittelsbach): Ueber locale Asphyxie. (München. medic. Wochenschr. 1888. Nro. 6.)

Eine 33 jährige Frau erkrankt während der Entziehung von Morphium und Choral an eigenthümlichen vasomotorischen Störungen, die anfangs mit gesteigerter Pulsfrequenz, Herzklopfen, Angina pectoris einsetzen, nach 14 Tagen mit täglich regelmässig Morgens auftreten-

der Röthung und Schwellung des Gesichts einhergehen, und nach weiteren 14 Tagen als Cyanose der beiden Hände auftreten. Anfangs selten, später regelmässig trat Morgens eine Cyanose der sämmtlichen Fingerspitzen ein; die Finger wurden zuerst kühl, weiss, krümmten sich leicht, waren ziemlich steif und schmerzhaft; 10—20 Minuten nach dem Beginn des Anfalls wurden erst die Fingerspitzen, von den Nägeln an, blaugrau, diese Färbung breitete sich weiter nach der Hand zu aus und erstreckte sich in schweren Anfällen bis zum Handgelenk; die Finger waren dabei kraftlos, kalt, pelzig und schmerzten; dieses Stadium (locale Asphyxie) dauerte bis zu 3 Stunden; im Lauf von 10—20 Minuten nahmen dann die Hände schnell erst eine rothe, dann die frühere normale Färbung an, erwärmten sich und schwollen ein wenig an. Nach dem Verlauf einiger Wochen aber kam es nicht mehr zu einem normalen Zustand der Hände; sie befanden sich stets in irgend einem der beschriebenen Stadien, waren dauerd schmerzhaft und fast stets gebrauchsunfähig. Das Allgemeinbefinden hob sich dabei bedeutend.

H. weist auf den bedeutenden Einfluss von Morphium und Chloral auf das vasomotorische Centrum hin, und sucht unter Hinweis auf die von Erlenmeyer bei Morphinisten beschriebenen vasomotorischen Störungen die toxischen Momente als Ursachen geltend zu machen.

Aus seinen sorgfältigen Messungen der Localtemperatur ging hervor, dass die asphyktischen Theile sich bis unter die Lufttemperatur abkühlen konnten.

Von den zahlreichen angewandten Mitteln hatte nur die Erwärmung in trokener Luft auf 40—45 C. einen Einfluss auf den einzelnen Anfall; der Verlauf der Leidens blieb der Therapie unzugänglich.

K.

---

362) **Gilles de la Tourette et P. Blocq:** Sur le traitement de la migraine ophthalmique accompagnée. (Ueber die Behandlung der complicirten Migräne.) (Le Progrès médical 1887. 24.)

Charcot unterscheidet zwei Formen der mit Sehstörungen verbundenen Migraine, die einfache und die complicirte. Die erstere, deren Symptome in den Kopfschmerzen und Sehstörungen (Hemiopie und Flimmerscotom) bestehen, ist die leichtere, während die complicirte, die ausser den erwähnten Symptomen noch vorübergehende Aphasie und mehr oder weniger ausgesprochene sensible oder motorische Störungen von Seiten des Gesichts oder der Extremitäten, bestehend in paraesthetischen oder paretischen Erscheinungen ja zuweilen epileptoiden Zuständen darbietet, als eine ernstere Affection mit schwererer Prognose betrachtet werden muss. Abgesehen davon, dass sie bei häufigerem Auftreten die Kranken in der Ausübung ihres Berufes schwer schädigt, ist dem Umstande Berücksichtigung zu schenken, dass alle die erwähnten Störungen, die in den meisten Fällen nur transitorisch auftreten, zuweilen mehr oder weniger lange Zeit und selbst für immer persistiren können; Grund genug, um möglichst bald und energisch therapeutisch einzugreifen.

Verf. sahen gute Erfolge von Brompräparaten, die aber mindestens 3—4 Monate in steigender Dosis gegeben werden müssen.

Ein Fall, in dem unter dieser Behandlung Heilung eintrat wird mitgetheilt. Holtermann (Sachsenberg).

---

363) **Ziehen** (Jena): Ueber Myoclonus und Myoclonie.
(Arch. f. Psych. XIX. 2. p. 565.)

Nach ausführlicher Erörterung der bereits sehr angeschwollenen Literatur beschreibt Verf. 2 selbst beobachtete Fälle von „essentieller" Myoclonie (freilich beide mit Psychosen combinirt, wenn auch von ziemlich selbständigem Verlauf. Ref.) Einmal handelte es sich um rhytmische myoklonische Bewegungen bei einem 13 jährigen Knaben, die besonders wegen ihrer Symmetrie als spinale Affection gedeutet werden — und ferner um eine rhytmische Myoklonie bei einer 50 jährigen Melancholica. Beidemal Heilung der Bewegungsstörungen. — Demnächst liefert Verf. Beiträge zum Capitel des symptomatischen Myoclonus der besonders bei Epileptischen beobachtet wird. Letzterer Art wird der Fall eines 18 jährigen männl. Individuums ausführlich beschrieben. Langreuter (Eichberg).

---

364) **G. Lyon:** Quelques cas d'alcoolisme précoce. (Einige Fälle von Alkoholismus bei jugendlichen Individuen.) (Le Progrès méd. 1888. 13.)

Die Fälle von frühzeitigem Alkoholismus zerfallen in zwei Gruppen; es handelt sich entweder um Kinder im Alter von 10—15 Jahren, die in Folge erblicher Belastung instinctiv sich dem Laster ergeben oder zu trinken anfangen, weil sie ihre Umgebung sich täglich berauschen sehen, während die zweite Gruppe von solchen Individuen gebildet wird, die schon älter durch ihren Beruf — Kellner, Reisende zu gewohnheitsmässigem täglichem Alkoholgenuss getrieben werden. Die Störungen, die der Organismus dadurch erleidet, treten bei diesen Individuen schon nach verhältnissmässig kurzer Zeit und bei verhältnissmässig geringen täglichen Quantitäten auf, doch spielt auch hier für den schweren Verlauf nicht sowohl die Quantität eine Hauptrolle als vielmehr die Qualität der in den betreffenden Getränken enthaltenen minderwerthigen Alkohole.

Der erste der mitgetheilten Fälle betrifft einen 20 jährigen kräftigen, erblich nicht belasteten Gehülfen eines Weinhändlers, bei dem schwere Störungen des Allgemeinbefindens chronischer Magenkatarrh mit Dilatation, Herzaffection, vorübergehende Albuminurie und Purpura schon nach 2 Jahren bei täglichem Genuss von mehreren Gläsern Wein und 2—3 Schnäpsen auftraten. Im zweiten Falle handelt es sich um einen 19 jährigen erblich nicht belasteten Kellner, der seit seinem 12. Jahre täglich 1 Liter Wein und 1 Glas Liqueur trank. Als Symptome des chronischen Alkoholismus bestanden Tremor, Verdauungsstörungen mit morgentlichem Erbrechen, Cirrhose der Leber.
Holtermann (Sachsenberg).

---

365) **P. Raymond:** Hystérie et syphilis. — Paralysie psychique. (Hysterie und Syphilis. Psychische Lähmung.)
(Le Progrès medic. 1888. 14).

Wie unter dem Einflusse von Intoxicationen (Blei, Quecksilber, Alcohol) oder Traumen bei zur Hysterie disponirten Individuen diese manifest werden kann, oder die für eine längere Zeit in den Hintergrund getretenen hysterischen Symptome von neuem in voller Ausdehnung hervortreten können, so kommen auch unter dem Einflusse der syphilitischen Infection diese Erscheinungen zur Beobachtung.

Die 26 jährige Kranke hatte vom 9.—10. Lebensjahre ausgeprägte hysterische Symptome — Globus, Clavus, Neuralgien etc. dargeboten, die aber dann 7 Jahre völlig zurücktraten, als sie ein Ulcus durum acquirirte und wegen Allgemeinerscheinungen in's Hospital aufgenommen wurde. Die gemüthlich deprimirte und anämische Kranke lag zufällig neben einer Anderen, die an luetischer Paraplegie litt. Nach einiger Zeit fing sie an, über Schwäche in den unteren Extremitäten zu klagen und am nächsten Tage bestand völlige Paraplegie mit normalen Reflexen aber linksseitiger Herabsetzung der Sensibilität. Eine genauere Untersuchung ergab ferner Anaesthesie des Pharynx, Eeinengung des Gesichtsfeldes, Dychromatopsie links, Abschwächung des Geschmacks derselben Seite. Nach 2 Monaten keine Besserung; der Hypnose war Pat. nicht zugänglich. Um diese Zeit lag eine andere luetische Kranke mit eitriger Otitis neben ihr, eines Morgens war Pat. völlig taub. Wenige Tage darauf in Folge einer heftigen gemüthlichen Erregung steht sie plötzlich auf und lernt innerhalb weniger Tage wieder ganz gut gehen; die Taubheit bestand fort.

Holtermann (Sachsenberg).

---

366) **Calmettes:** Les névroses rèflexes d'origine nasale. (Reflexneurosen der Nase.) (Le Progrès médic. 87. 28.)

Sie lassen sich in zwei Gruppen theilen, je nachdem die Neurose sich am Platze, also in der Nase selber, oder in weiterer Entfernung von derselben äussert. Zu der ersteren Kategorie gehören die Anfälle von Niesen, die oft stundenlang dauern und mit wässerigem Ausfluss, Thränenträufeln und Obstruction der Nase verbunden sind. Sie treten zuweilen bei jedem Witterungswechsel, oft schon bei leichter Temperaturveränderung auf; ihre Ursache ist eine chronische Koryza mit Hypertrophie der Nasenschleimhaut, deren Zerstörung mit dem Galvanokauter schnelle Heilung bringt. Ueberhaupt ist für alle diese Neurosen der Erfolg der localen Behandlung der Nasenschleimhaut für ihren Ursprung beweisend.

Zu den Neurosen in der Nachbarschaft der Nase gehören die, welche einen oder mehrere Aeste des Trigeminus in Mitleidenschaft ziehen, so die Supraorbitalneuralgie; ferner die verschiedenen Cephalalgien, Migraine, Stirn- oder Hinterhauptsschmerz etc. Zuweilen kommen auch vasomotorische Störungen zur Beobachtung, Röthung der Nase und der Wangen (einfaches oedematöse, erysipelatöse, flüchtige

oder bleibende, die zur Acne rosarea führen kann). Fränkel und Schuh haben Strabismus, Hack und Loewe Epilepsie und Vertigo beobachtet. Eine häufige Erscheinung ist Husten, der vom Larynx ausgeht; von Seiten des Pharynx wird Schmerz beim Schlucken, vom Larynx aus Rauhigkeit der Stimme namentlich bei Frauen beobachtet. Weiterhin kann der Reflex sich auf die Lungen ausdehnen und sich in schnell verlaufenden Bronchitiden äussern; C. hat einen derartigen Fall bei einem Kinde beobachtet. Ferner kann sich die Reflexneurose unter der Form dieses Asthma manifestiren.

In manchen Fällen treten Erscheinungen von Seiten des Plexus cervico brachialis auf (Neuralgie der Schulter, Schmerzen in der Brust). Sommerbrod sah von Seiten der Hautnerven Kälte und Blässe der Haut, Verlangsamung und selbst Aussetzen des Herzschlages, Beobachtungen, die sich durch die Versuche von Kratschmer an Kaninchen erklären; es traten bei Reizung der Nerven der Nasenmuscheln Spasmus der Hautgefässe, erhöhte Spannung der Arterien und Aussetzen des Herzschlages auf. Holtermann (Sachsenberg).

---

367) **G. Rosenbaum** (Berlin): Ueber postepileptische Bewusstseinstrübung und epileptische Aequivalente. (Zeitschrift für Medicinalbeamte Nro. 3. 1888.)

Verf. zählt kurz 10 Fälle aus der Poliklinik von Mendel und und Eulenburg auf, welche die Häufigkeit besonderer psychischer Störungen bei der Epilepsie illustriren sollen. Es betreffen dieselben weniger Formen, die in grösseren Pausen vereinzelte klassische Anfälle zeitigen, als hauptsächlich solche, wo typische und epileptische Zustände durcheinander auftreten.

Gerade diese sind für den Gerichtsarzt die wichtigsten, da sie zuweilen bis an die Grenze des Normalen heranstreifen.

Goldstein (Aachen).

---

368) **Stephan** (Zaandam): Hypnotisme en suggestie, et hunne therapeutische beteekenis. (Therapeutische Bedeutung von Hypnotismus und Suggestion.) (Nederl. Tydschrift voor Geneeskunde 1888. Nro. 9.)

S. plaidirt energisch für die Berechtigung hypnotischer Heilbestrebungen, jedoch ohne eigene Beohachtungen oder überhaupt neue Thatsachen beizubringen. Kurella (Ahrweiler).

---

369) **George H. Savage**: Syphilis and its relation to insanity.
370) **Shuttleworth**: Idiocy and imbecility due to inherited syphilis.
371) **Fletcher Beach**: Cases of idiocy and imbecility due to inherited syphilis.
372) **J. Wiglesworth**: A case of insanity associated with acute syphilis. (Syphilis und Geistesstörung.)

(American. Journal of insanity. Jan. 1888.)

Der Einfluss der Syphilis auf die Entstehung von Idiotie ist anfangs stark überschätzt worden. Gewiss gehen viel syphilitische

Kinder vor der Geburt oder in den ersten Tagen zu Grunde, aber es bleibt doch eine überraschende Thatsache, dass nur wenige von den Nachkommen syphilitischer Eltern Idioten werden. Indess besteht noch eine andere bemerkenswerthe Beziehung: Die auffallende Tendenz zu Schwachsinn bei juvenilen Geisteskranken, die hereditär-syphilitisch belastet oder Nachkommen von Paralytikern sind diese von Savage betonte Thatsache bestätigt Shuttleworth in sofern, als in seinen 4 Fällen der „geistige und körperliche Zusammenbruch“ um die Zeit der zweiten Dentition erfolgte, während die Kinder nach den specifischen Symptomen in den ersten Lebenstagen sich kräftig und geistig normal entwickelt hatten. Die Tendenz der Syphilis zu Idiotie glaubt Shuttleworth im Gegensatze zu Savage und Beach, der sich bei Besprechung seiner wohl characterisirten Fälle von syphilitischer Idiotie *für* die Seltenheit ausspricht, bedeutend höher veranschlagen zu müssen, als die Statistik nachweist, vornehmlich deshalb, weil die specifischen Symptome theils nicht manifest zu sein brauchen, theils vergessen sind oder absichtlich verheimlicht werden.

Geistesstörung in Folge acuter Syphilis ist nach Savage sehr selten, zahlreicher sind die Fälle von syphilitischer Hypochondrie, wo allerdings die Syphilis mehr die Erklärung als die Ursache ist, in einzelnen Fällen glaubt Savage Syphilis insofern als Factor annehmen zu dürfen, als die Furcht Frau und Kinder zu inficiren die Ursache zu „Ehelosigkeit, Masturbation und Verlust der Selbstbeherrschung“ abgegeben habe.

Der von Wiglesworth erzählte hierher gehörige Fall betraf eine junge Frau, die nach den primären specifischen Symptomen an Melancholie erkrankte.

Ueber die Epilepsie aus Syphilis äussert Savage, dass sie die grössten Zahlen in den Fällen geheilter Epilepsie annehme. Gemeinsam sei allen hierher gehörigen Krankheitsbildern der fast ausnahmslos in jedem Falle eintretende Schwachsinn, die rasche Verblödung, das Fehlen einer wahrnehmbaren Gehirnläsion, obgleich die Symptome auf das deutlichste darauf hinweisen. Für sie wie für alle Formen syphilitischen Gehirnleidens gilt dass gerade die schweren Erkrankungen leichten syphilitischen Primäraffectionen zu folgen scheinen.

Der progressiven Paralyse möchte Savage nicht ohne Weiteres syphilitischen Ursprung zuschreiben, indessen ergiebt sich nach seiner Erfahrung, dass von Paralytischen sich etwa 25% syphilitisch inficirt hatten, während andere Formen von Geisteskrankheit noch nicht 5% betrugen. Die Behandlung erwiesen syphilitischer Paralysen sei nicht so hoffnungslos wie allgemein behauptet, in einzelnen Fällen könne ausgiebige Remission erzielt werden. Etwas Characteristisches, das sie von den übrigen Paralysen trennt, haben die syphilitischen nicht, wohl aber ist auffallend, das häufig ein an Mercurialtremor erinnerndes Zittern bei solchen Paralytikern vorkommt, die ihre Primäraffection mit energischen Mercurialkuren bekämpft hatten. Nach Savage's Ansicht hat es wenig Wahrscheinlichkeit, dass das syphilitische Virus lange Zeit in irgend einem Theile des Körpers abgeschlossen

ruhe, um dann in Gestalt von Bacillen in die Gewebe zu wandern, näher liegt die Erklärung, dass in den Gefässen oder sonst wo locale Ursachen zu Ernährungsanomalien in der Primärerkrankung entstehen, meistens nicht ohne Narbe heilen und dass diese Narbe der Ausgangspunkt von Degeneration werden kann. Da wo hereditäre Belastung besteht, ist das Nervensystem der schwächste Theil und zeigt deshalb zuerst allgemeine degenerative Veränderungen. Der Meinung, dass bei Heredität das Nervengewebe die Prädilectionsstätte für Syphilis sei, könne Verf. nicht beipflichten.

Savage belegt seine Ausführungen mit zahlreichen kurz angegebenen Fällen, meist aus seiner eignen Erfahrung.

Matusch (Sachsenberg).

---

373) **Jules Christian**: Recherches sur l'etiologie de la paralysie générale chez l'homme. (Charcot's Arch. Vol. XIV. Nro. 41.)

Die vorliegende Arbeit beruht auf einer Statistik derjenigen Fälle von progr. Paralyse bei Männern, welche Chr. während einer zehnjährigen Thätigkeit an den Anstalten zu Maréville und Charenton zu beobachten Gelegenheit hatte. Sie verdient eine grössere Beachtung als ähnliche Zusammenstellungen, weil der Verf. über die Grundursachen des Leidens zu Anschauungen gelangt, welche in ihren Einzelheiten vielleicht nicht neu erscheinen, aber wohl noch nie in ihrer Gesammtheit so deutlich und scharf umgrenzt ausgesprochen worden sind, als von ihm.

Zur Beobachtung kamen 1876—87 im Ganzen 340 Fälle; dies waren 25%—35% der jährlichen Gesammtaufnahmen. Trotzdem dieses Verhältniss keinen Anhaltspunkt für die wachsende Häufigkeit der paralytischen Seelenstörung gegenüber anderen Formen von seelischer Erkrankung giebt, trotzdem Planès für die gesammten Pariser Aufnahmen in den Jahren 1872—85 zu ähnlichen Resultaten kommt, neigt der Verf. doch zur Annahme einer solchen Zunahme. 85% der Erkrankten standen im Alter der Reife (30—50), über $^2/_3$ waren verheirathet und verwittwet, ausserdem lebte ein Theil der Ledigen, wie z. B. viele Militairs in festem Concubinat. In Maréville, welches die Unbemittelten aus mehreren Departements aufnimmt, waren meist Arbeiter und Handwerker mit geringer Schulbildung, sogar des Schreibens Unkundige; in Charenton, wo Pensionaire sind, überwiegen Kaufleute und Gelehrte. In beiden Anstalten war eine bemerkenswerthe Zahl von Militairpersonen und Leuten aus solchen Berufszweigen, welche sich aus Militairanwärtern recrutiren, nämlich 90 auf 340. Die geringe Zahl von Aufnahmen aus der Ackerbau treibenden Bevölkerung, welche Verf. hervorhebt, widerspricht den Erfahrungen unserer Provinzialanstalten und ist vielleicht durch Vorurtheile und Indolenz der betreffenden Kreise zu erklären. Die Bedeutung der Erblichkeit erachtet er nicht für geringwerthiger, als sie für die Entstehung anderer Formen von Psychosen gilt; dem Alcoholismus hingegen schreibt er einen geringen Einfluss auf den Ausbruch der wahren

Paralyse zu; auch die Betonung von Excessen in Venere, als ätiologisches Moment hält er für übertrieben. Tabackmissbrauch ist irrelevant. Die Syphilis trägt zur Entstehung der Krankheit bei, weil sie den Körper im Allgemeinen schwächt und zu Aerger, Sorgen und anderen psychischen Erschütterungen Anlass giebt; die Möglichkeit einer specifischen Natur der organischen Veränderungen leugnet er ganz; er hat übrigens nur 23 sicher constatirte Luetiker unter seinen Kranken. Niemals brachte eine antisyphilitische Behandlung Besserung, niemals ergab die Section solcher Fälle irgend welche besondere Befunde. Vorangegangeue Kopfverletzungen waren bei 38 Fällen zu constatiren, für wesentlich hält er auch die Einwirkung grosser Hitze und grosser Kälte auf den Kopf. Unter den im Laufe des Vorlebens vorangegangenen oder noch bestehenden körperlichen Erkrankungen hält er abgesehen von den erwähnten und den Rückenmarksaffectionen für wesentlich Syphilis und Erysipel. Ein grosses Gewicht legt er auf die Wirkung deprimirender Gemüthsaffecte.

Schliesslich fasst er seine Anschauungen über die Aetiologie der Paralyse in folgendem zusammen.

Die Krankheit besteht *niemals* aus einer einzigen Ursache allein selbst nicht aus einer so specifischen wie Syphilis, Alcoholismus etc., sondern stets durch die Aufeinanderfolge oder das Zusammentreten vieler Schädlichkeiten und zwar ist der Mechanismus der Wirkung schädigender Einflüsse in den *meisten Fällen* ein ganz eigenartiger.

Vorbedingung zur Entstehung der Krankheit ist nämlich das Bestehen eines Mindermaasses an Fassungskraft, einer intellectuellen Schwäche. Dieser Defekt ist entweder die Folge erblicher Entartung, dann findet er sich von Geburt an oder er entsteht in früher Jugend, aber auch während der Pubertätsentwicklung, ja sogar erst im Alter beginnender Reife. Er wird nicht blos durch diejenigen psychischen Ursachen, welche langsam und durch Wiederholung wirken, hervorgebracht, nein er tritt auch in Folge einer einmaligen schweren Gemüthserschütterung gleichsam als Residuum eines psychischen Shoks auf. Erst auf dem Boden dieser Intelligenzschwäche wird die eigentliche Krankheit durch das erzeugt, was Verf. surmenage (Ueberbürdung) nennt, d. h. durch alle Umstände, welche von dem geschwächten Gehirn übermässige Leistungen fordern und dies sind oft nur diejenigen cerebralen Leistungen, welche nach dem Durchschnittmaas das Prädicat besonderer Anstrengung nicht verdienen. Bei den Ausnahmefällen, wo keine prädisponirenden intellectuelle Schwächung nachgewiesen werden kann, findet eine Ueberbürdung nur durch hochgradige Anspannung der Gehirnarbeit statt. Wenn man auch dem allzu sehr schematisirenden Standpunkte des Verf. nicht beipflichten wird, werden doch viele praktische Psychiater in diesen Ausführungen eine eigene Erfahrung bestätigt sehen, nämlich die: *die Paralyse entsteht auf dem Boden einer subnormalen Intelligenz*, bei welcher freilich eine gewisse Veranlagung für engumgrenzte geistige Gebiete nicht ausgeschlossen zu sein braucht. Leppmann (Breslau).

374) **H. P. Stearns**: Classification of mental diseases. (Classification der Psychosen.)
375) **Walter Chaming**: An international classification of mental diseases. (American journal of insanity. Januar 1888.)

Stearns plaidirt für Annahme einer Nomenclatur der Psychosen nach den Gesichtspunkten, die er für folgenden Entwurf massgebend gemacht hat:

A. Nach den Symptomen

1) Melancholie.
2) Manie.
3) Circuläres Irresein.
4) Dementia.
5) Primäre Verrücktheit (übersetzt mit „primary delusional insanity“).

B. Nach den Ursachen

1) Epochal (Physiologisch)	Pubertäts-Psychose. Climacterische Psychose. Senile Psychose.
2) Sympathische (Sexual)	Puerperale Psychose. Masturbanten-Psychose. Ovarielle Psychose.
3) Toxisch	Alcohol-Psychose. Syphilitische Psychose.
4) Neuropathisch	Epileptische Psychose. Hysterische Psychose. Chorea-Psychose.
5) Pathologisch	Progressive Paralyse. Psychose durch gröbere Hirnerkrankung. Traumatische Psychose. Delirium acutum.
6) Andere seltenere Unterarten	Phthisische Psychose. Rheumatische Psychose. Pellagröse Psychose. Postfebrile Psychose. Gichtische Psychose.

Chaming bespricht nach eingehender Kritik der bisherigen Classificationsversuche das im Congress zu Washington zur Discussion gestellte Schema:

1) Manie a) acute, b) chronische, c) recurrirende, d) puerperale.
2) Melancholie (wie Manie).
3) Primäre Verrücktheit.
4) Dementia (Primäre, secundäre, senile und organische [Tumor, Hämorrhagie etc.]).
5) Progressive Paralyse.
6) Epilepsie.

7) Toxische Psychosen (Alcohol-, Morphium etc.).
8) Congenitale Defecte (Idiotie, Imbecillität, Cretinismus).

Für das vortrefflichste System erklärt er das von Wille in Basel aufgestellte. Matusch (Sachsenberg).

---

376) **Rader** (Ybbs): Zur Frage der künstlischen Ernährung bei abstinirenden Geisteskranken. (Wiener medic. Presse 1888 Nro. 6.)

Eine alte Hallucinantin, die häufig seit 6 Jahren für 8—12 Tage abstinirt hat, fastet mit Ausnahme von 6 Tagen in der Zeit vom 3. April bis 2. Juni, geniesst jedoch grosse Mengen Wasser. Kein Versuch der Zwangsfütterung. R. warnt unter Hinweis auf die Leistungen moderner Hungerkünstler und auf die häufigen Schluckpneumonieen vor Zwangsfütterung; wo die Abstinenz aus tiefen Störungen der Verdauungsinnervation hervorginge, würde auch nicht verdaut, was man gewaltsam beibringt. Kurella (Ahrweiler).

---

377) **Clark Bell** (New-York): Insanity and the care of the Insane. (Irresein und Irrenversorgung). (Medico-Legal Journal 1887. Nro. 4.)

In einen ziemlich langen Aufsatz spricht der Präsident der New-Yorker Gesellschaft für gerichtliche Medicin über das Irrenwesen. Die Arbeit ist interessant durch gesundes Urtheil und die Unbefangenheit des Standpuncts, die den in mediis rebus stehenden Psychiatern in manchen Fragen leicht abgeht; B. ist Jurist.

B. citirt zahlreiche Definitionen des Irreseins, und erklärt sich dahin, dass der Wahnsinn ein Product der jedesmaligen Culturentwicklung ist, desshalb mit Clima, Rasse, Ernährung und Civilisationsgrad wechselt; das Unstäte in diesen Verhältnissen giebt den Impuls zur Formbildung des Irreseins.

Im einzelnen Falle müssten wegen der Verschiedenheit des Standpuncts Arzt uud Jurist differiren; der Jurist fordert eine Definition, die Medicin kann eine solche, gestützt auf eine hinreichende pathogenetische Einsicht, nicht geben, und für den Juristen ist praktisch genommen der Wahnsinn eine Gehirnkrankheit, welche die freie Willensbestimmung verhindert, während doch zweifellos der Zustand mancher Geisteskranker eine Folge ihrer Erziehung und Umgebung ist, die ihn von der Gesellschaft ausschliesst, shne das Vorhandensein demonstrirbarer Gewebsveränderungen.

Für praktische Zwecke wird man sich entschliessen müssen, entweder jeden Angeschuldigten auf seinen Geisteszustand zu untersuchen, oder in zweifelhaften Fällen unabhängigen Sachverständigen eine lange Beobachtung zu ermöglichen, aber ohne die Anwendung von Verhören, welche die incriminirte That unmittelbar zum Gegenstand haben.

In seinen Betrachtungen über Irrenversorgung wendet sich B. entschieden gegen die „Zusammenpferchung“ aller Irren in grossen geschlossenen Asylen, die meisten könnten besser auf dem Lande

untergebracht werden; in den grossen Asylen ginge jede Individualisirung verloren, und Kranke wie Aerzte würden durch die Anhäufung Vieler abgestumpft.

Der Endabschnitt der Arbeit spricht von der allgemeinen Klage über die Brutalität der Wärter in amerikanischen Anstalten.

In seinem Enthusiasmus für die landwirthschaftliche Beschäftigung Geisteskranker geht B. etwas weit; er versteigt sich zu dem Ausruf: „Gleichviel wie erregt auch ein Geisteskranker ist, er arbeitet sich frei von Erregung, wenn man ihm Schaufel und Hacke giebt."

Kurella (Ahrweiler).

---

378) Psychiatrisches in dem Entwurf des italienischen Strafgesetzbuchs.

Zanardelli hat der Deputirtenkammer in Rom den Entwurf des neuen Strafgesetzbuchs vorgelegt.

Für die Fachgenossen sind daraus folgende Artikel bemerkenswerth.

„Art. 47. Nicht strafbar ist derjenige, welcher im Moment der Begehung einer Handlung, in einem solchen Zustand von Abwesenheit oder krankhafter Störung des Geistes sich befand, dass ihm das Bewusstsein der eigenen Handlungen oder die Möglichkeit, anders zu handeln, abging.

Der Richter kann jedoch anordnen dass er in ein gewöhnliches oder in ein *criminales Irrenhaus* gebracht wird, um dort zu bleiben, so lange es die zuständige Behörde für nothwendig erachtet".

„Art. 48. Wenn einer der im vorhergehenden Artikel genannten Umstände, ohne die Zurechnungsfähigkeit auszuschliessen, derart vorhanden ist, dass er dieselbe erheblich beeinträchtigt, wird die Strafe gemildert.

Der Richter kann anordnen, dass die Freiheitsstrafe in Haft umgewandelt wird".

Kurella (Ahrweiler).

---

379) **Motet:** Alcoholisés meurtriers. — (Mordthaten von Alcoholisten).

(Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale. 19. Nro. 1.)

(Zwei Fälle von im Alkoholismus begangenen Mordthaten.)

1.) Ein 41 jähriger Corse, aus psychopathischer Familie, jedoch ohne alle Degenerationszeichen, höchst gewaltthätig und wenig intelligent, führt, aus dem Priesterseminar weggejagt, ein abenteuerliches Leben, heirathet die von einem andern verführte, uneheliche Tochter seines Principals; er war von vornherein eifersüchtig, argwöhnisch, glaubte sich beobachtet und verfolgt, und fing bei einer Erkrankung von Frau und Kindern, die er pflegen musste, stark zu trinken und zu rauchen an, consumirte besonders viel Absinth und fing bald an, an Gehörshallucinationen beschimpfenden Inhalts zu leiden. In einer Augustnacht rief ihm unter scheltenden Stimmen eine derselben zu, seine Frau zu tödten, er schoss zwei Revolverschüsse auf sie ab und stran-

gulirte sie dann; eine Stunde später schnitt er den beiden älteren Kindern den Hals ab, liess das dritte, einen Säugling, intact. Er liess sich ruhig verhaften; die Sachverständigen erklärten, dass er die That in alkoholistischem Irresein unter dem Einfluss zwingender Hallucinationen begangen hätte; er wurde von Gerichts wegen in eine Anstalt verbracht.

2.) Ein 39jähriger, nervöser, erblich nicht belasteter Kaufmann, ausgezeichneter Geschäftsmann und Familienvater, an reichlichen Genuss von Wein und Spirituosen seit Jahren gewöhnt, leidet an „gastrichen Krisen.“ Nach dem Genuss von zwei Gläsern starkem Wein nüchtern am Morgen: Zittern der Hände, Benommenheit. Er tritt in das Schlafzimmer der Frau, schiesst ihr eine Revolverkugel in die Schulter, die neben ihr schlafende Tochter erschiesst er und sticht mit einem Zirkel auf sich ein. Weiss sich dann das vorgefallene nicht zu erklären und hat keine Erinnerung dafür. Die Sachverständigen nehmen das Auftauchen eines plötzlichen, unwiderstehlichen Impulses bei einem im Halb-Rausch befindlichen Alcoholisten an. Wird für unzurechnungsfähig erklärt und der Familie zurückgegeben.

Kurella (Ahrweiler).

II. Aus den Vereinen.

I. Medicinische Gesellschaft in Basel.

Sitzung vom 3. November 1887. (Correspbl. f. Schw. Aerzte 1888. Nro. 8.)

380) **Streckeisen** bespricht die *anatomischen Befunde* in zwei Fällen von *Poliomyelitis ant. acuta.* Der eine (nach 53jährigem Bestand der Lähmung) zeigte Untergang und Atrophie einer grossen Anzahl von Ganglienzellen der grauen Vorderhörner namentlich im Lumbalmark mit Degeneration der gröbern Markfasern und der vorderen Wurzeln, sowie theils mehr herdartiger, theils mehr diffuser Hyperplasie der Neuroglia, am stärksten im Bereich der Vorderhörner und der angrenzenden Partien der Vorderseitenstränge. Das feine nervöse Fasernetz zeigte sich in grösserer Ausdehnung erhalten. Starke Verdickung der Pia. Höchst bemerkenswerth schien der Befund an den theilweise lipomatös entarteten Muskeln, welche ein Gemisch atrophischer und hypertrophischer (bis 120 ja 150μ) Muskelfasern mit Fettzügen abwechselnd, aufwiesen. Die Querstreifung war meist erhalten, häufig auch deutliche Längsstreifung, nur geringe interstitielle Bindegewebswucherung, dagegen sehr reichliche Wucherung der Muskelkerne — ein Befund, wie er bei centraler Erkrankung erst einmal beschrieben worden ist.

Der zweite Fall, der unter dem Bild der Landry'schen Paralyse verlaufen war, bot in der ganzen Lumbal- und Cervicalschwellung scharf umschriebene Destructionsherde an bestimmten Stellen der Vorderhörner und daneben auch weiter ausgedehnte entzündliche Verän-

derungen geringeren Grades in der Umgebung jener Herde sowohl in der Längs- als in der Querachse des Rückenmarks. In den Vorderseitensträngen mässige Faserdegeneration neben Schwellung und Wucherung der Gliazellen; im Bereiche der Anschwellungen sehr starke Degeneration der vorderen Wurzeln. Es repräsentiren somit obige Herde blos die Stellen höchstgradiger Entzündung; ihre nicht seltene Keilform weist auf nähere Beziehungen zu den stark mit Rundzellen umscheideten Gefässen. Die geringeren Entzündungsgrade charakterisirten sich durch Erhaltensein des feinen nervösen Fasernetzes neben starken Gefässveränderungen und Degeneration der Ganglienzellen und der gröbern Markfasern; doch gab es auch Stellen mit ausschliesslichen Gefässalteration und leichter Zellinfiltration ohne wesentliche Veränderungen der Ganglienzellen.

Referent glaubt, gestützt auf diesen und die jüngeren Sectionsbefunde der Literatur, dass für die grosse Mehrzahl der Fälle von spinaler Kinderlähmung die primär interstitielle Entzündung gesichert sei, und dass auf Grund obiger Intensitätsgrade der Entzündung auch diejenigen Sectionsbefunde, welche zur Aufstellung einer primären Entzündung der Ganglienzellen geführt haben, ohne Zwang in gleicher Weise sich erklären lassen.

Prof. Roth freut sich in der Discussion, einige Gedanken, welche er vor 13 Jahren ausgesprochen, in dieser ausführlichen Arbeit verschärft wiederzufinden. Die Myelitis der Kinder beschränke sich durchaus nicht auf die graue Substanz, sondern gehe auf die weisse über.

Sitzung vom 19. Januar 1888.

381) **Rütimeyer** hält einen Vortrag *über die anatomische Localisation der hereditären Ataxie.* Nach einem Rückblick auf die bis jetzt vorliegende gesammte Literatur über hereditäre Ataxie (90 Fälle in 36 Familien, 51 Männer, 39 Frauen) werden kurz die klinischen Symptome zweier vom Verf. im Jahre 1883 beschriebener Fälle von hereditärer Ataxie, die unterdessen gestorben und zur Section gekommen waren, recapitulirt. Es folgt sodann der macroscopische und microscopische Befund des Rückenmarks, der peripheren Nerven und Muskeln der beiden Fälle. Als charakteristisch für beide Fälle wird besonders hervorgehoben die streng systematische Abgrenzung des sclerotischen Processes in den Seitensträngen auf die Pyramidenseitenstrang- und Kleinhirnseitenstrangbahnen.

Die Pyramidenvorderstränge sind völlig intact. In den Hintersträngen sind es wesentlich die Goll'schen Stränge, die entartet sind, daneben in verschiedenen Höhen gewisse Partien der Burdach'schen Stränge. Relativ intact sind in den Hintersträngen überall die vordern äussern Felder und die median dem Austritt der hintern Wurzeln anliegenden Partien. In der grauen Substanz sind im Gegensatz zur gewöhnlichen Tabes die Zellen und Fasern der Clarke'schen Säulen erkrankt, daneben die hintern Wurzeln, während die Lissauer'sche Randzone intact bleibt. Beide Fälle verhalten sich durchaus analog in der streng systematischen Localisation der sclerotischen Processe.

Es folgt eine Vergleichung mit den spärlichen in der Literatur niedergelegten anderweitigen Befunden über anatomische Localisation der hereditären Ataxie, sowie eine solche mit den sog. combinirten Systemerkrankungen, speciell mit den Fällen Westphal's, mit denen sie in mancher Hinsicht anatomisch, nicht aber klinisch übereinstimmen. Der Vergleich mit den Fällen von „classischer Tabes" zeigt im Gegentheil neben ziemlich grosser klinischer Uebereinstimmung sehr bedeutsame anatomische Unterschiede. Nach einer eingehenden Besprechung des sichern und wahrscheinlichen Zusammenhanges der in beiden Fällen vorhanden gewesenen klinischen Symptomencomplexe mit der anatomischen Localisation in gewissen, streng abgegrenzten Strangsystemen des Rückenmarks und des physiologischen Zusammenhangs innerhalb des letzteren kommt Verf. zum Schluss, dass wenn die beschriebenen Fälle in das ganze System der Rückenmarkskrankheiten eingereiht werden sollen, eine sowohl klinische wie anatomische strenge Abgrenzung der hereditären Ataxie von der classischen Tabes geboten erscheint. Die erstere ist aufzufassen als *eine combinirte primäre Systemerkrankung auf hereditärer Grundlage* und bildet eine klinisch wie anatomisch charakterisirte selbstständige Krankheitsgruppe.

Illustrirt wird der Vortrag durch Demonstration microscopischer Präparate und durch Zeichnungen.

Die Discussion wird nicht benützt.

II. Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

2. Winter-Sitzung vom 19. November 1887. (Ibidem.)

382) **Haab** spricht über die Resultate der von Dr. Zellweger angestellten und in dessen Dissertation geschilderten Untersuchungen über den *Zusammenhang von Erkrankung des Opticus („Stauungspapille") und Gehirnaffectionen,* indem er einen kurzen Ueberblick über die derzeitigen Anschauungen bezüglich dieses Connexes gibt. Vortragender ist der Ansicht, dass meist eine descendirende Entzündung die sog. Stauungspapille verursacht und nicht die blosse mechanische Verdrängung des Liquor cerebro-spinalis nach der Opticus - Scheide hin. Letzteres Moment dürfte eine weniger wichtige Rolle spielen, als bislang meist angenommen worden ist. Die Einbringung von Zinnober in den Subduralraum der Gehirnconvexität zeigt ein rasches Descendiren dieses Stoffes in den Opticus-Scheidenraum. Offenbar wird dies durch einen Lymphstrom bewerkstelligt, der mit erheblicher Kraft feste und flüssige Substanzen nach diesem Scheidenraum (auch nach dem Rückenmark) hin trägt. Wenn irgendwo im Gehirn entzündliche Vorgänge, auch weit entfernt von den Optici, vorhanden sind (und solche finden sich auch um Tumoren herum), so wird dieser Lymphstrom entzündungserregende Substanzen nach dem Intervaginalraum des Opticus tragen können, wodurch Neuritis und Papillitis zu Stande kommt. (Demonstration solcher Zinnoberpräparate).

III. Académie des sciences zu Paris.

Sitzung vom 16. Januar 1888. (Union médicale 1888. Nro. 9.)

383) **Verneuil** spricht über *sogenannten spontanen Tetanus*. Er theilt einen Fall mit, wo man ohne genaue Beobachtung (es handelt sich um eine Verletzung im Larynx oder dessen Nähe) an dem alten Irrthum eines spontanen Tetanus hätte festhalten müssen. Er macht darauf aufmerksam, dass unter den sechs und dreissig von ihm citirten Fällen von sogenanntem spontanen Tetanus die Invasion durch die Schlundwege nicht selten vorkommt.

Rohden (Oeynhausen u. Gardone-Riviera).

IV. Société médico-pratique.

Dezembersitzung. (Union médicale 1888. Nro. 16.)

384) **Bottey** berichtet einen Fall durch Suggestion geheilter *hysterischer Aphonie*. Eine junge Dame mit allerlei hysterischen Symptomen war seit achtzehn Monaten aphonisch trotz electrischer und hydrotherapeutischer Behandlung. Durch Application eines constanten Stroms (5—6 Milli-Ampère) an die Schläfen rief B. ein unvollkommen somnambules Stadium hervor. Er liess nun ohne electrischen Strom erst das Alphabet, dann Worte und Sätze sprechen, schliesslich singen. Dann versicherte er der Patientin sie könne sprechen und erweckte sie, indem er nun den Strom umgekehrt durch die Schläfen strömen liess. Die Kranke stiess nach dem Erwachen unarticulirte Laute aus und war nach fünftägiger Behandlung dauernd geheilt.

Rohden (Oeynhausen u. Gardone-Riviera).

V. Société de chirurgie zu Paris.

Sitzung vom 1. u. 8. Februar 1888. (Union médical 1888. Nro. 17. u. 20.)

385) **Quénu** legt ein Präparat von *Neuritis ischiadica* vor. An der Oberfläche des Nerven finden sich ampullös erweiterte Venen. Dies Präparat soll zeigen, dass bei alten varicösen Affectionen auch die Nerven von varicösen Venenerweiterungen befallen werden. In der folgenden Sitzung theilte er mit, dass er bei 67 Ischiadikern viele Varicen der Beine gesehen habe. Die Schmerzen wirken in horizontaler Lage; an verschiedenen Stellen bestanden Schmerzen auf Druck, viele hatten Müdigkeiten der Beine, und an den von Varicen hauptsächlich befallenen Beinen Abschwächung der Muskelkraft. In der Discussion spricht sich Verneuil aus, dass die Schmerzen in diesen Fällen nur da auftreten könnten, wo Venen in der Nähe lagerten, wie beim Popliteus externus. Berger glaubt, dass die Schmerzen der Varicenkranken nicht immer auf den Nerv bezogen werden müssen, sondern dass sie abhängen können von einer speciellen Muskelsensibilität, die mit dem schlechten „Muskelzustand“ in Verbindung stände. Ebenso sei es mit der Muskelschwäche. Den sofortigen heilenden Einfluss eines Gummistrumpfes giebt er zu, räth ihn jedoch nicht bis zur Analfalte reichen zu lassen.

Rohden (Oeynhausen u. Gardone-Riviera).

VI. Neurological society zu London.

Sitzung vom 19. Dezember 1886. (Brain April 1887.)

386) **Charlton Bastian**: *The „muscular sense“; its nature and cortical localisation. (Der Muskelsinn; seine Natur und corticale Localisation.)*

Die Bewegungen werden gewöhnlich in fünf Klassen eingetheilt 1) Reflex- oder automatische Bewegungen, 2) secundär-automatische, 3) instinctive, 4) ideomotorische und 5) willkürliche. Eine scharfe Grenze besteht indessen zwischen keiner der Gruppen selbst die Abtrennung der willkürlichen von den übrigen aus dem Grunde, dass sie an das Bewusstsein gebunden seien, ist deshalb unstatthaft, weil es mehr ein „Epiphänomen“ als ein Factor, während der verschiedenen Bewegungen in verschiedenem Grade besteht und bei den gewohntesten sogar ganz unbetheiligt zu sein braucht, wodurch die willkürlichen Bewegungen auf die Stufe der ideomotorischen herabsinken. Wenn eine anfangs mit Schwierigkeit und unter angestrengter Aufmerksamkeit ausgeführte Bewegung durch Uebung so mühelos wird, dass sie unabhängig vom Willen maschinenmässig gemacht wird, so folgt daraus, dass wie beim einfachen Reflexact so bei der zu ideomotorischen Bewegung gewordenen willkürlichen „der auslösende Reiz von den sensorischen Centren, die mit der Production solcher Bewegungen betraut sind, ausgehen und sich durch neue Verbindungswege den motorischen Nervenmechanismen mittheilen muss“. Ferner muss es derselbe motorische Mechanismus sein, der bei der willkürlichen wie bei der idiomotorischen Bewegung — ihrem zweiten Stadium — spielt. Nach Centren für willkürliche Bewegungen zu suchen, ist demnach ganz falsch. Ist schliesslich die Bahn einmal ausgeschliffen, so bedarf es zu der Bewegung des Bewusstseins nicht mehr.

Für die Masse der sensorischen Eindrücke, die wir durch Bewegungen erhalten, möchte Verf. die Bezeichnung Kinaesthesis oder Bewegungssinn vorschlagen. Das Wundt'sche „Bewegungsvorstellungen“ wäre besser, aber der vorgeschlagene Ausdruck hat den Vorzug den analogischen „Muskelsinn“, „Kraftsinn“ etc. gleich gebildet zu sein. Einen Theil dieser Kinaesthesis bildet der Muskelsinn: Die Fähigkeit, Verschiedenheiten des Gewichtes und des Widerstandes aus den schwach gefühlten Eindrücken zu erkennen, die durch verschiedene Dehnung oder Contraction in unseren Muskeln zu Stande kommen. Diese Fähigkeit kann in gewissen Krankheiten verloren gehen und ihr Verlust verursacht Störungen in der Bewegung bei Schluss der Augen und Unkenntniss der Lage der Glieder. Nach den in der Literatur verstreuten Fällen, von denen Verf. die prägnantesten anführt, lassen sich drei Gruppen von Ausfallserscheinungen bei Störung des Muskelsinnes aufstellen:

1) Mangelhafte Kenntniss der Ausgiebigkeit der passiven oder activen Bewegungen und der Lage der Glieder (bei Schluss der Augen).

2) Schwierigkeit, Gewichtsdifferenzen und verschiedene Grade des Widerstandes durch Muskelarbeit zu erkennen.

3) Schwierigkeit, gegebene Bewegungen bei geschlossenen Augen genau auszuführen.

Von diesen Ausfallserscheinungen beruhen die beiden letzten fast oder ganz ausschliesslich auf *Verlust* des Muskelsinnes, während bei der ersten, noch andere kinästhetische Defecte in Betracht kommen. Nicht zu bezweifelen ist nun, dass kinaesthetische im Allgemeinen und Muskelsinneindrücke im Besonderen wie alle anderen Empfindungen in der Erinnerungsvorstellung wieder aufleben können und dass gerade diese Erinnerungsvorstellungen die wichtigste Aufgabe bei der Ausführung willkürlicher Bewegungen haben. Wie ein Blinder sich frühere Gesichtswahrnehmungen wieder zurückrufen kann oder ein Tauber frühere Geräusche so kann sich ein Amputirter die Bewegungen im amputirten Gliede wieder vorstellen, indem er sich die früher mit ihnen verbundenen kinaesthetischen Eindrücke zurückruft. Auf der gleichen Operation beruht die Fähigkeit Verschiedenheiten des Gewichts und des Widerstandes zu erkennen. Wir vergleichen die durch eine Wägung erhaltenen Eindrücke mit den in der Erinnerung gebliebenen Eindrücken bei der anderen Wägung und können uns einen nur auf der Erinnerung beruhenden Massstab für Gewichte verschaffen.

Ueber das Wesen des Muskelsinnes gehen die Ansichten auseinander. Nach Wundt, Hughlings-Jackson u. A. stammt unsre Kenntniss des Widerstandes nicht von Empfindungen sondern muss auf einen centralen psychischen Process zurückgeführt werden (*Innervationssinn*), die von Bastian vertretene Ansicht ist dagegen, dass unsre Kenntniss von der Lage unserer Glieder und der zu einer Bewegung erforderlichen Kraft nicht auf einer mit der Muskelarbeit concomitirenden oder coincidirenden Empfindung beruht, sondern dass es sich „von der Zeit an wo der motorische Reiz die kinaesthetischen Centren verlässt, bis dahin, wo die Muskelcontraction statt hat, nur um eine Reihe von psysischen Processen handelt, die sich in verschiedenen motorischen Centren und Nerven abspielen, unsere Kenntniss von der gemachten Bewegung kommt uns durch *sensorische* Centren.“ Diese kinaesthetischen Centren müssen nothwendig in demselben Niveau zu suchen sein, wie alle anderen sensorischen Centren, während für die motorischen Centren diese Nothwendigkeit nicht besteht.

Der Wille bestimmt die *Qualität* einer willkürlichen Bewegung, hat aber mit der als Coordination bezeichneten maschinenmässigen Präcision nur so viel zu thun, dass er den Modus der Ausführung regulirt. Die Coordination selbst beruht auf prästabilirten wenngleich stufenweise erworbenen Nervenverbindungen zwischen den verschiedenen Elementen des Rückenmarkes und der med. oblong. ihr Mechanismus ist rein spinal. Die Controle der Bewegung wird durch Gesichts- (resp. Gehörs-) und kinästhetische Wahrnehmungen geführt und je gewohnter die Bewegung wird, desto mehr prävaliren die letzteren und desto mehr genügt das „Wiederaufleben“ einer Bewegungsvorstellung in den kinaesthetischen Centren für die Bewegung selbst. Wo in dieser Kette der Wille einzuschalten ist, ergiebt sich klar:

Die Bewegungsvorstellung erweckt die Bewegung, wenn ihr nicht eine antagonistische Vorstellung entgegentritt.

Der Mechanismus bei *automatischen* Bewegungen ist im Princip derselbe und es ist unberechtigt, besondere Centren für diese anzunehmen. Der Uebergang von willkürlicher zu automatischer Bewegung einerseits, andererseits die Zunahme der automatischen Bewegungen in der Thierreihe vom Menschen abwärts zum Frosch ist nur der Ausdruck einer zunehmenden Emancipation von der Controle durch den Willen.

Ueber den Verlauf der Bahnen des Muskelsinnes und dessen Localisation kann das Thierexperiment gar keinen Aufschluss geben. Zu vermuthen ist, dass die Hinterstränge oder die Hinterhörner, später der hintere Theil der inneren Kapsel die Bahnen enthalten. Wo die kinästhetischen Centren liegen, deren Hauptbestandtheil das „Muskelsinn-Departement" ausmacht, ergiebt sich aus der Erwägung, dass Reizung dieser Centren Krämpfe und convulsive Bewegungen in den Theilen hervorrufen muss, deren Bewegungen mit ihnen in Verbindung stehen, und dass Zerstörung dieser Centren zu Paralyse dieser Bewegungen führen muss, schliesslich dass im letzteren Falle Verlust oder deutliche Abnahme des Muskelsinnes in den afficirten Theilen eintreten muss. Das sind aber genau die Erscheinungen die bei Reizung und Exstirpation der s. g. motorischen Centren auftreten, das heisst nichts anderes, als dass die motorischen Centren thatsächlich *kinästhetische* Centren sind, in denen Muskelsinneindrücke vorzugsweise registrirt werden; sie sind die Endstationen für alle aus den Muskeln kommenden kinästhetischen Empfindungen.

In der Diskussion bemerkt Ferrier, dass er der Ansicht, die Muskeln seien die Ursprungsstätte des Muskelsinnes nicht beistimme, weil er erhalten bleiben könne, selbst wo Muskelfasern, motorische Nerven und Vorderhörner völlig degenerirt seien (in Fällen von Poliomyelitis anterior); das Criterium„ schwach gefühlt" für die Sensationen aus dem Muskel halte nicht Stich, es gelte wohl für die Coordinationen aber nicht für den Bewegungssinn, zwei sehr verschiedene Dinge. Dass sich bei Hemianästhesie, wie Bastian behauptet, gewöhnlich kein deutlicher Verlust des Muskelsinnes fände, müsse er bestreiten, er kenne keinen Fall wo er vermisst sei. Die von Bastian für seine Ansichten citirten Fälle Leyden's, wo bei tactiler Anästhesie die Fähigkeit Gewichte abzuschätzen erhalten war, liefern keinen Beweis, weil es sich in ihnen um schwere Gewichte handelt, die durch die Körperkraft im Allgemeinen bestimmt wurden, andrerseits betrafen die von Bastian angeführten Fälle von Verlust des Muskelsinnes bei erhaltener tactiler Sensibilität Hysterische, und bei einem sei die Sensibilitätsstörung nicht total und nicht complet gewesen. Seine Behauptung dass das Centrum für den Muskelsinn wie für die Sensibilität im Ganzen der lobus falciformis sei, hält Ferrier aufrecht. Die Bastian'schen Centren seien motorische. Ihre Zerstörung bewirkte Degeneration in den Pyramidenbahnen. Damit lasse sich die Annahme, dass sie sensorisch seien, nicht in Einklang bringen.

Sully: Es sei nicht unwahrscheinlich, dass es sich beim Muskelsinn um ein Zusammenwirken hin- und ableitender Ströme handle.

Ross stimmte Bastian insofern zu, als er bei hysterischer Anästhesie erhaltenen Muskelsinn beobachtet habe, ganz unstatthaft aber sei die Classificirung der Bewegungen und die Unklarheit ihrer Bezeichnungen. Durch Bastian's Anwendung des Wortes „secundär-automatisch" und der Gleichstellung von „automatisch" und „reflex" werde der Trugschluss möglich, dass eine willkürliche Bewegung durch Uebung zu einer Reflexbewegung werden könne. Ein solcher Uebergang sei unmöglich, eine Reflexbewegung sei „Anpassung des Körpers an einen gegenwärtigen Zustand", willkürliche Bewegung sei „Anpassung an einen zukünftigen Eindruck auf Grund eines gegenwärtigen". Die Frage der Localisation des Muskelsinnes sei noch nicht spruchreif. Vielleicht coincidirten kinästhetische und motorische Centren in der Weise, dass die ersteren die beiden äusseren Schichten, die letztere die dritte Schicht der Rindenzellen in der Parietofrontalgegend einnehmen.

James Crichton-Brown zieht die reciproken Gefühle der Muskelermüdung und Muskelunruhe zur Klärung der Frage heran. In den Muskeln selbst könne es nicht gesucht werden, weil sich Ermüdung trotz langer Ruhe und Unruhe trotz rastloser Bewegung (Manie) einstellen kann. Es sei vielmehr centraler Natur und spreche für den *sensori-motorischen* Character der Ferrier'schen Centren.

Aehnlich äussert sich Hughlings-Jackson während sich Horsley der von Ross aufgestellten Theorie anschliesst.

Haycraft spricht zich ziemlich unumwunden gegen alle Localisationsversuche aus, das Centralnervensystem sei zwischen die sensibele Körperperipherie und das Muskelsystem eingelagert, und werde mehr und mehr als eine Masse von Communicationen zwischen diesen beiden Gebieten betrachtet. Jeder Impuls laufe auf der Nervenbahn vom sensorischen Pol zum muskulären, die corticalen Zellen liegen auf Schleifen dieser Bahnen, sie bilden vermuthlich die Knoten des Netzwerkes, gehören also ebenso sehr zu dem motorischen wie dem sensorischen Theil der Bahn.

Mercier: Von wo stamme der Wille zur Innervation, welche Bastian's motorische Centren in Thätigkeit setze? Aus seinen sensosorischen Centren. Also sei es ein efferenter d. h. motorischer Impuls, damit verlieren diese Centren ihre Dignität als sensorische.

de Watteville: Wenn Entladungen der motorischen Elemente in der That die Substrate des Willens, der Empfindung der Kraftleistung seien, so müsse man eine tiefe Trennung zwischen der Vorstellung einer Bewegung und dem Wunsche sie auszuführen einerseits und dem „fiat" andrerseits annehmen, wofür die psychologische Analyse nicht spreche. Diese Entladungen überhaupt mit den psyschischen Processen des Wollens zu identificiren, sei bedenklich, demnach würde jeder Reflexact eine willkürliche Handlung sein. Die Theorien des afferenten und der efferenten Natur des Muskelsinnes

liessen sich vereinigen, wenn man annehme, dass das Bewusstsein das psychische Aequivalent der metabolischen Processe sei, die gewisse corticale Elemente in Thätigkeit versetzten. Je nach der Thätigkeit der Hirnzellen als Endstationen oder als Relais für den anlangenden Reiz ist das begleitende Bewusstsein verschieden; man könne wohl in den Rindenelementen das physische Substrat für die Phänomene des Erkennens *und* des Wollens annehmen.

In ausführlicher Erwiederung critisirt Bastian die gemachten Einwendungen gegen seine Ansichten zu Gunsten seiner Theorie.

Matusch (Sachsenberg).

VII. Medical society of London.

Sitzung vom 26. März 1888. (Brit. med. journ. 31. März 1888.)

387) **Davies-Colley**: *Trephining for middle meningeal Haemorrhage. (Trepanation wegen Blutung aus der Ant. meningea media.)*

Nach Fall auf den Kopf mit Hinterlassung einer Quetschwunde in der r. Temporalgegend entwickelte sich eine langsam zunehmende Lähmung der l. Seite, welche schliesslich eine complete wurde. Der Urin ging spontan ab, die Temperatur war subnormal.

Am 11. Tage wurde trepanirt und ein 3 Zoll langer, fast 1 Zoll breiter Blutpfropf entfernt, worauf sehr schnell vollständige Genesung erfolgte.

Nagel (Halle a. d. S.)

VIII. Zwölfter Congress der Associazione Medica Italiana in Pavia. 19.—25. September 1887.

(Rivista sperimentale di Freniatria. XII. 3 u. 4.)

Wir geben in folgendem einen kurzen Bericht über die dem Gebiet der Psychiatrie und Nervenheilkunde angehörigen Verhandlungen auf dem letzten medicinischen Congress in Pavia.

388) **Marchi**: *Verlauf der Hinterstränge im Rückenmark.*

Nach Durchschneidung der Goll'schen Stränge im Rückenmark von Hunden fand M. nach Heilung der Wunde die Ganglienzellen in den Funiculi atrophisch, zwischen ihnen keine Nervenfasern; ein degenerirtes Bündel zog längs der corpor. restif. zum untern Theil des grauen Bodens des 4. Ventrikels; weiter nach oben fanden sich keine degenerirten Fasern mehr. Ein Theil der Ganglienzellen dieser Region färbte sich nicht mehr. M. nimmt an, dass die Goll'schen Stränge Beziehungen zu der grauen Substanz am Boden des 4. Ventrikels haben.

389) **Bernardini**: *Gehirne von Paralytikern und Epileptikern nach der Goll'schen Methode untersucht.*

B. hat eine Reihe von Gehirnen, die zum Theil schon sehr lange in Chromsäure lagen, in kleinen Stücken auf 2—3 Tage in 0,6% Höllensteinlösung gelegt. Er fand dann die Rindenzellen der oberen

Schichten bei Paralytikern verkleinert, ihre protoplasmatischen Fortsätze dünn, rigide und wenig verzweigt, Kernvermehrung an den Gefässen, vermehrte Zahl der Neurogliazellen, starke Verdünnung der nervösen Zellenfortsätze.

Bei Epileptikern fand sich eine erhebliche Vereinfachung der Verästelung an den nervösen Fortsätzen.

390) **Sergi**: *Einige differenziale Charactere des menschlichen Schädels.*

Vorläufige Mittheilungen, die sich in Folge ihrer complicirten Terminologie einem Referat entziehen.

391) **Frigerio**: *Zur cerebralen Localisation des Geruchsinns.*

F. hat bei einem am Hinterkopf verwundeten, später an Hallucinationen des Gehörs und Geruchs leidenden Geisteskranken p. m. eine Atrophie des l. pes hippocampi gefunden. Er hält es für möglich, dass hier das Geruchscentrum liegt, dessen Atrophie durch Contrecoup von der Kopfverletzung aus zu erklären wäre.

392) **Petrazzani**: *Untersuchungen über den Hirnpuls.*

Bei einem Epileptiker mit Defect der Schädelkappe fanden sich lebhafte respiratorische und pulsatorische Bewegungen des Schädelinhalts. P. hat die Aenderung dieser Bewegungen unter dem Einfluss verschiedener Nervina graphisch registrirt.

393) **Bianchi** et **Armanni**: *Lungenläsionen bei Paralytikern.*

Die beiden Autoren haben nur selten reine fibrinöse Pneumonie bei Paralytikern gefunden; flüssige, blutig gefärbte Exsudate, miliare Abscesse, Lungengangräne fanden sich in den meisten Pneumonieen. In der Mehrzahl der Fälle fand sich eine tiefe Degeneration der Vagi, und diese Affection betrachten sie als häufigste Ursache solcher Pneumonieen; Pneumonieen, die sie nach Vagusdurchschneidung und Tracheotomie bei Kaninchen fanden, boten einen sehr ähnlichen Befund.

394) **Bianchi**: *Die pathologische Basis der progressiven Paralyse.*

B. untersucht bei vielen Paralytikern die peripheren Nerven nach Weigert; die Sinnesnerven fand er fast stets ganz intact; die gemischten Nerven enthalten eine mässige Anzahl degenerirter Fasern, die motorischen Nerven, besonders der Hypoglossus, zeigten sich meist in hohem Grade degenerirt, eine grosse Zahl von Fasern ist ganz verschwunden, die motorischen Kerne fanden sich jedoch ganz intact. B. will viele der motorischen Erscheinungen der Paralyse, besonders den Tremor und die Dysarthrie, aus diesen Befunden erklären.

395) **Rezzonico**: *Zur pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse.*

In einem typischen Fall von Paralyse fand sich Sclerose der Hinterstränge, Kerninfiltration der Lymphscheide und Wandhypertrophie der Gefässe, keine Veränderung an den nervösen Elementen der Gefässe.

396) **Cionini**: *Die Dicke der Hirnrinde bei progressiver Paralyse.*

An 15 Gehirnen von Paralytikern wurden an den Centralwindungen je 150 Messungen der Rindenbreite gemacht. Die Dicke der Rinde war stets verringert gegen die normalen Verhältnisse, und zwar in der gesammten Rinde, und besonders stark in den Centralwindungen; die linke Hemisphäre ist von dieser Veränderung weniger betroffen.

397) **Vizioli**: *Hemiatrophie des Gesichts.*

Bei einem jungen Mädchen besteht Gesichtsatrophie rechts im Bereich des 2. und 3. Trigeminusastes; die kranke Seite hat ungefähr $^2/_3$ vom Volumen der gesunden; keine vasomotorischen oder Sensibilitäts-Störungen. Bis zum 10. Lebensjahr waren beide Gesichtshälften gleichmässig gewachsen. Es bestanden keinerlei Schmerzen.

398) **Gasperini**: *Pathogenese und Elektrotherapie der Gesichtsneuralgie.*

Nach G. finden sich bei Gesichtsneuralgien stets sehr zahlreiche, sehr geringfügige Ulceration der Mund- und Zungenschleimhaut in der der Neuralgie entsprechenden Seite; die Schleimhaut ist meist glänzend und roth; die Ulcerationen entziehen sich wegen ihrer Kleinheit häufig der Beobachtung. Galvanisirung in loco morbi ist von grösstem Erfolg.

Kurella (Ahrweiler).

IX. Société de biologie.

Sitzung vom 25. Februar, 3. 10. 17. 24. März, 7. April 1888.
(Le Progrès médical 1888. 9.—14.)

399) **Féré** theilt einen Fall von *acuter aufsteigender Paralyse* mit. Derselbe betrifft einen 41 jährigen Ingenieur, der in Folge von Ueberanstrengung mit einem Gefühl von grosser Schwäche in den Extremitäten erkrankte, die ihn am nächsten Tage zur Bettruhe zwang. Völlige Lähmung der unteren Extremitäten; Erlöschen der Patellarreflexe; dann Uebergang der Lähmung auf die oberen Extremitäten: Puls 180, Temperatur im Rectum 37,8. Betheiligung des Diaphragma, Tod im Erstickungsanfall. Die Erkrankung verlief innerhalb 6 Tage; vom 4. Tage ab war die Muskelerregbarkeit erloschen.

400) Déjérine hat einen Fall mit ähnlichen Symptomen beobachtet; bei der Autopsie fand sich eine allgemeine Neuritis.

Dejerine fand unter 106 Tabikern in 11 Fällen Muskelatrophien mit progressivem Verlauf. In 5 Fällen, die zur Section kamen, war ausgedehnte degenerative Neuritis die Ursache, dagegen waren die Vorderhörner des Rückenmarks intact; aus welchem Befunde D. entgegen den Ansichten Charcots und Joffroy's schliesst, dass bei Tabes vorkommende Amyotrophien auf degenerativen peripheren Neuritiden beruhen.

Joffroy tritt dieser Anschauung entgegen und verweist auf die Untersuchungen von Charcot und Pierret, die in ähnlichen Fällen Veränderungen in den Vorderhörnern, wie sie bei infantiler Lähmung vorkommen, fanden. J. hat einen ähnlichen Befund 1885 veröffentlicht. Auch Marie hat kürzlich einen Fall mitgetheilt, in dem Atrophie des Bulbärkerns des Hypoglossus mit einer Hemiatrophie der Zunge bei einem Tabiker coincidirte.

401) **Demars** berichtet über einen Kranken, der vor 3 Jahren nach einem Fall durch eine Fensterscheibe, bei dem der Nervus medianus durchschnitten wurde, völlige Unempfindlichkeit der 3 ersten Finger der Hand mit Unvermögen dieselben völlig zu beugen darbot, Erscheinungen, die nach Nath des Nerven sofort verschwanden und zur Norm zurückkehrten. Kürzlich nach einem Falle kehrten die früheren Erscheinungen zurück; eine Incision ergab völlige Continuität des Nerven und Fehlen jeder Verwachsung. Nach Schliessung der Incision waren die Erscheinungen plötzlich geschwunden. Der Kranke war nicht hysterisch und simulirte nicht.

402) **Féré** macht darauf aufmerksam, dass die von Vigouroux festgestellten beträchtlichen Differenzen des electrischen Widerstandes der Gewebe bei verschiedenen Individuen, sich auch bei demselben Individuum unter dem Einflusse psychischer und sensorieller Erregungen nachweisen lassen, Erscheinungen, die bei Hysterischen, unter dem Einflusse von Suggestionen erzeugt, sehr ausgesprochen sind. Diese Differenzen sind nach der Ansicht V.'s nicht von dem Zustand der Epidermis, sondern von der Vascularisation der Gewebe abhängig.

403) **Pitres et Vaillard** haben die peripheren Nerven bei 3 an Tetanus traumaticus gestorbenen Individuen untersucht und gefunden, dass der Befund von Laesionen der erwähnten Nerven ein sehr wenig constanter ist. Die Theorie die die Ursache des Tetanus in Veränderungen der peripheren Nervenendigungen sucht, ist ihrer Ansicht nach zu verlassen.

404) **Magnan** stellt einen Lapin vor, der im Anschluss an ein Ekzem des rechten Ohres folgende deutlich ausgesprochene Symptome darbietet. Schwindel, unwiderstehliches Rotiren, sobald das Thier den Platz zu wechseln sucht, permanente Drehung des Halses und Neigung des Kopfes mit zeitweisem leichten Nystagmus. Diese Symptome sind durch das Fortschreiten der Entzündung wenn nicht auf das innere, so doch auf das Mittelohr bedingt, welche letztere die motorischen Apparate des inneren Ohres und hauptsächlich die Canales semicircullares beeinflusst. Brown-Séquard spricht über die Unregelmässigkeit der sogenannten „sympathischen" Schmerzen. Er beobachtete bei einem Kranken, das eine öfter mit Icterus auftretende Lebercongestion von Schmerzen in der linken Schulter begleitet war. In einem andern Falle bestanden die Schmerzen bald rechts bald links. Es handelt sich in diesen Fällen um cerebrale Einflüsse, die sich von der Pyramidenkreuzung nicht beeinflussen lassen in ihrer Fortpflanzung.

405) **Gellis** beobachtete eine 50jährige Kranke, die seit längerer Zeit in Folge Compression des einen Nervus recurrens durch einen Tumor Symptome des Keuchens darbot. Später wurde sie taub; die Untersuchung des Gehörapparates ergab normale Verhältnisse, dagegen war der Urin eiweisshaltig. G. lässt es zweifelhaft, ob die Albuminurie in diesem Falle bulbären Erscheinungen in Folge von Compression des einen Recurrens ihren Ursprung verdanke. G. fand bei der Untersuchung des Bulbus und des Ohres von Lapins, denen Laborde den Vagus gedehnt hatte, Haemorrhagien einerseits und Eiterung des Cavum tympani andererseits.

406) **Dumontpallier** demonstrirt das Gehirn eines Individuum, das bei Lebzeiten Anfälle von partieller Epilepsie hatte, die auf die linke Seite beschränkt waren. Bei der Autopsie fand sich eine tuberculöse Laesion der beiden Centralwindungen, die sich auf das Paracentralläppchen erstreckte.

407) **Magnan** theilt das Resultat der Section des kürzlich vorgestellten Lapin mit. Es fand sich nur eine eitrige Erkrankung des Mittelohres, das innere Ohr war nicht betheiligt.

Gellé findet durch dies Ergebniss seine Ansicht, die sich ausserdem auf 3 Autopsien von Ménière'schem Schwindel stützt, bestätigt, dass Erkrankungen des Mittelohres allein ausgeprägte Symptome von Labyrinthschwindel hervorbringen können.

Holtermann (Sachsenberg).

X. Académie de médecine zu Paris.

Sitzungen vom 6., 13., 20. und 27. März 1888. (Le Progrès medicale 1888. Nro. 10, 11, 12 u. 13.)

408) **Dujardin-Beaumetz** verliest den Bericht der Commission, die die Experimente von Luys*) betreffend die Fernwirkung von Medikamenten bei Hypnotisirten einer genaueren Prüfung unterziehen sollte. Die Experimente sind völlig gescheitert, die Commission ist einstimmig zu dem Schlusse gekommen: dass keiner der bei diesem Experimente erreichten Wirkung der Medikamente die erfahrungsgemässe Wirkungsweise derselben entsprach, und dass ferner die Fernwirkung der Medicamente auf hypnotisirte Individuen weder in therapeutischer noch in forensischer Hinsicht von Bedeutung sei.

409) **Poncet** (Lyon) theilt eine Beobachtung mit über Luxation des Nervus ulnaris bei einem Kinde, die 5 Jahre ohne besondere Symptome bestand und dann erst in Folge einer heftigen Bewegung Schmerzen im kleinen und 4. Finger und Kriebeln verursachte. Die nach Incision vorgenommene Reposition des Nerven hatte den gewünschten Erfolg.

---

*) Vgl. das Referat in diesem Centralbl. 1887 Nro. 23.

410) **Jeannel** (Toulouse) theilt das Resulsat seiner Beobachtungen über die *Pathogenie des Jodoformdelirium* mit. Er fand, dass bei allen Verwundeten, bei denen nach Jodoformgebrauch cerebrale Erscheinungen auftraten — Alkoholismus, chronische Meningitis, oder Geisteskrankheiten vorhanden war, oder die betreffenden Personen in hohem Grade zu Geisteskrankheiten beanlagt waren.

XI. Société médicale des hopitaux zu Paris.

Sitzungen vom 24. Februar und 23. März 1888. (Le Progrès médicale 1888. Nro. 10. u. 13.)

411) **Féré** stellt einen 45 jährigen Kranken vor, der in Folge eines im Jahre 1870 erhaltenen Schädeltraumas Anfälle von Epilepsie hatte, die circa alle 14 Tage auftraten. Alle Medication war erfolglos. Im Niveau der Narbe fand sich eine kleine Depression; in dieser Gegend wurde trepanirt und seitdem — 3 Monate — ist der Kranke frei von Anfällen.

412) **Ballet** stellt einen Kranken vor, der von Débove schon einmal der Gesellschaft präsentirt wurde als Beispiel für *das Zusammentreffen von Hysterie und Morbus Basedowii* bei einem Individuum. Der Kranke bietet verschiedene Lähmungserscheinungen dar, die auf Betheiligung der Bulbärnerven hinzuweisen scheinen. Es besteht monoculäre Diplopie, völliger Verlust des Muskelsinns (der Kranke fällt beim Stehen mit geschlossenen Augen sofort um), völlige Ophthalmoplegie, diplegia facialis. B. ist Anhänger der Theorie, welche die Symptome des M. B. durch eine Affection des Vaguskerns erklärt. Diese Affection kann im Kern des Herzvagus lokalisirt sein, kann von dort übergreifen auf die bulbären Kerne, deren Läsion Polyurie, Glycosurie oder Albuminurie hervorruft; desgleichen können andere Kerne des Bulbus ergriffen werden wie in diesem Falle, in dem die verschiedenen Lähmungserscheinungen der Ausdruck irgend einer Alteration in den Bulbärcentren der betreffenden Nerven sind.

Dumontpallier erinnert bei dieser Gelegenheit an das Krankheitsbild eines Mannes, der zufällig ins Meer fiel; dieser bekam kurz darauf Anfälle, wurde hysterisch und fast zu gleicher Zeit bildete sich eine Anschwellung der Schilddrüsen aus. In einem anderen Falle hatte ein junges Mädchen während der Menstruation die Hände in sehr kaltes Wasser getaucht; kurze Zeit darauf entstand Anschwellung der Schilddrüse und Exophthalmus. Als D. sie untersuchte, hatte sie ausserdem noch Polyurie und Glycosurie; er hat schon damals auf den gemeinsamen nervösen Ursprung dieser verschiedenen Symptome hingewiesen.

Féréol stellt ein 25 jähriges Mädchen mit posthemiplegischer Hemichorea vor; die Hemiplegie hatte sich im Anschluss an ein typhöses Fieber entwickelt. Anaesthesie besteht nicht, dagegen geringe Atrophie.

Regnault hat einen analogen Fall bei einem 16 jährigen Mädchen, Comby bei einem 3 jährigen Kinde beobachtet.

Féré hat bei 10 Epileptikern, die gewöhnliche oder partielle Anfälle aber sämmtlich eine durch Hemiplegie gekennzeichnete Hirnläsion hatten, kleine Moxen — 10—15 — alle zwei bis drei Tage — auf die Stelle der Schädeloberfläche applicirt, die den motorischen Centren der Rinde entsprachen, die während des Anfalls in Thätigkeit gesetzt wurden. Bei 8 Kranken wurde eine bedeutende Besserung erzielt.

Holtermann (Sachsenberg).

XII. Académie de médecine zu Paris.

Sitzung vom 27. März 1888. (Union médicale 1888. Nro. 41.)

413) **Galezowski** verliest eine Arbeit über die *verschiedenen Varietäten der Opticusatrophie der Atactischen* und zieht folgende Schlüsse:

1. Die Gehirnatrophieen der Atactischen umfassen ungefähr zwei Dritttheile aller papillären Atrophieen.

2. In etwas mehr als zwei Dritttheilen der Fälle kann Syphilis nachgewiesen werden.

3. Obgleich im Allgemeinen die Atrophie der Atactischen nicht heilbar ist, kann sie in ihrem Fortschreiten aufgehalten werden, wenn sie von besonderen Veränderungen der Gefässe begleitet ist.

Rohden (Oeynhausen u. Gardone-Riviera).

XIII. Société de chirurgie zu Paris.

Sitzung vom 7. März 1888. (Union médical 1888. Nro. 83.)

414) **Kirmisson** spricht über *traumatische Hysterie.* Ein 20 jähriger Mann bemerkte nach einem Fall von einer Höhe von 4 Metern Schwierigkeiten zu gehen während dreier Monate. Er musste sich erst auf Krücken stützen, dann auf einen Stock. Nach einem neuen Fall von derselben Höhe trat er in Krankenhausbeobachtung, wo man Empfindlichkeit des Processus spinosi der letzten Rücken- und ersten Lendenwirbel fand und an Pott'sches Uebel glaubte und danach behandelte. Heftige Schmerzkrisen der Wirbel, häufiger Harndrang und Schwierigkeiten der Entleerung desselben, schliesslich eine hysterische Crise. Bei der Untersuchung der Sensibilität fanden sich alle „Stigmata der Hysterie“ Charcot's und damit die Diagnose der traumatischen Hysterie.

Sitzung vom 28. März 1888. (Union médical 1888. Nro 43.)

415) **Ferrier** erklärt, dass Charcot die Ehre obigen Hysterotraumatismus zuerst beschrieben zu haben, zukäme. Eine neuere Veröffentlichung schwiege davon.

416) **Heydenreich** (Nancy) theilt brieflich zwei Fälle mit, wo in Folge von callösen Massen nach Fracturen Lähmungen entstanden. Der Nerv wurde herausgemeisselt und die Gelegenheit zur Restitution gegeben. In einem Falle war das Gebiet des Nerven centralwärts an der Läsionsstelle überschritten. Ferrier erklärt das durch Neuritis ascendens. Rohden (Oeynhausen u. Gardone-Riviera).

Einladungen.

I.

Als Einführender der **Section für Neurologie und Psychiatrie** der vom 18. bis 23. September dieses Jahres **in Köln** tagenden 61. **Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte,** erlaube ich mir, zu den Berathungen der genannten Sektion freundlichst einzuladen und hiermit die Bitte zu verbinden, für die Sektion beabsichtigte Vorträge bei mir anmelden zu wollen.

Anmeldebogen mit Bedingungen für eine auf die Dauer von 14 Tagen in Aussicht genommene Fachausstellung aus den Gebieten sämmtlicher auf der Versammlung vertretenen Disciplinen sind vom Schriftführer Dr. phil. **F. Elzbacher** in Köln, Unter Sachsenhausen 9, zu beziehen.

Dr. Laudahn,
Sanitätsrath.

II.

Die XIII. Wanderversammlung **südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte** findet am **9. u. 10. Juni d. J.** in **Freiburg** im Breisgau statt, zu der die unterzeichneten Geschäftsführer einladen.

Prof. Dr. Emminghaus in Freiburg.
Dr. Fischer in Illenau.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig. Druck von **Philipp Werle** in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. 1. Juni 1888. Nro. 11.

Inhalt.

I. Original-Vereinsberichte. Berliner medicinische Gesellschaft. Von J. **Ruhemann. Guttmann**: Ueber eine reflectorische Beziehung der Corneaäste des Trigeminus zur Athmung. **Mendel**: Ueber Hemiatrophia facialis. **Weyl**: Zur Kenntniss der erlaubten Farben. **Jensen**: Ueber einen Fall von enormen Hydrops des unteren und hinteren linken Hornes bei einem gestorbenen erwachsenen Idioten.

II. Referate und Kritiken. **Grandis**: Dauer der Latenz bei cerebraler Reizung und bei Reflexen. **Arndt**: Zur Frage von der Localisation der Functionen der Grosshirnrinde. **Brieger**: Ueber das Vorkommen von Tetanin bei einem an Wundstarrkrampf erkrankten Individuum. **Brabaker**: Zahnreiz als ein Moment zur Hervorbringung von Epilepsie. **Zenner**: The nervous manifestations of typhoid fever. **Holt**: Hirnsymptome in der Pneumonie der Kinder. **Lyon**: Hysterie nach Schädeltraumen. **Lunz**: Casuistische Mittheilungen aus der Nervenabtheilung des ersten Moskauer Stadtkrankenhauses. **Theobald**: 2 Fälle reflectorischer Accomodations-Paralyse mit Mydriasis in Folge von Zahnreiz. Bemerkungen über deren Bedeutung für die Frage der Pathogenese der sympathischen Augenentzündung. **Abbe**: Dupuytren's Finger-Contractur. Weitere Bemerkungen über die Theorie ihres nervösen Ursprungs **Kinnier**: Chronische atrophische Spinallähmung der Kinder. **Clarke**: Alcoholic Ataxia. **Osler**: Cholesteatom des Bodens des 3. Ventrikels und des Infundibulums. **Mills**: Zwei Fälle von Gehirntumor. **Rousseau**: Zwei Fälle von Hirntumor mit nachfolgender Epilepsie. **Gavoy**: Cysticerken im Gehirn. **Booth**: Heftige, mit Compression endigende Gehirnerschütterung. **Schotten**: Ein Fall von Tetanie nach Scharlach. **Robbins**: Eclampsia. **Dana**: Myotonia congenita. **Fothergill**: Der mit Verdauungsbeschwerden und Steinbildung behaftete Nervöse. **Peck**: A case of hysterical coma. **Corning**: Die Behaudlung der Chorea durch Ausruhen des Gehirns. **Southam**: Fälle von Nervendehnung. **Dujardin-Beaumetz**: Hydrotherapie in der Behandlung chronischer Krankheiten. **Lloyd**: Der Gebrauch hypnotischer Mittel bei Geisteskrankheiten. **Wright**: Der Gebrauch des Antipyrin zu andern, als antipyretischen Zwecken. **Corning**. Ein weiterer Beitrag zur Localbehandlung des Rückenmarks, nebst Fällen. **Rockwell**: The cumulative action of the galvanic current. **Bressler**: Paroxysmal tachycardia. **Santvoord**: Zwei Fälle Raynaud'scher Krankheit, nebst Bemerkungen. **Chisolm**: Eine höchst werthvolle Vorlesung für diejenigen welche Anästhetica gebrauchen. **Judson**: Die orthopädische Behandlung der Lähmung der vorderen Oberschenkelmuskeln. **Peckham**: Die nesvösen localen und reflectorischen Symptome in Folge von Lageveränderungen und Entzündungen des Uterus und seiner Anhänge. **Watt**: A case of myxödema. **Lewis**: Alcoholische Paralyse der Extremitäten **Warren**: Irresein. **Toninni**: Die secundäre Verrücktheit. **Wildermuth**: Ueber die Komplikationen der Idiotie. **Aus dem Jahresbericht der Provinzial-Irren-Anstalt zu Leubus 1886. Jahresbericht des Schlesischen Hilfsvereins für Geisteskranke 1886. Bericht über die Verwaltung der Provinzial-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt zu Schwetz 1886 (87). Montyel**: Mordprocess Ménétrier. **Crothers**: Verantwortlichkeit Trunksüchtiger.

III. Aus den Vereinen. Société médico-psychologique zu Paris.

I. Original-Vereinsberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 21. März 1888.

Von Dr. J. Ruhemann.

417) **P. Guttmann**: *Ueber eine reflectorische Beziehung der Corneaäste des Trigeminus zur Athmung.*

Ein Knabe, welcher nach Einverleibung von 10—12 mgr. Atropin 5—6 Stunden in vollkommener Bewusstlosigkeit lag, zeigte bei jeder Berührung der Hornhaut mit dem Finger einen 5—9 Minuten andauernden Stillstand der Athmung in Exspirationsstellung des Thorax. Der Versuch wurde während 5 Stunden 20 Mal mit demselben Resultate wiederholt, wobei dann auch das Fehlen des reflectorischen Lidschlusses zu constatiren war; nach 9 Stunden schwanden die Intoxicationserscheinungen, und der Knabe konnte später geheilt entlassen werden.

In der Discussion weist Schweigger auf die häufige Erscheinung hin, dass bei Kindern, die an Keratitis mit Photophobie leiden, beim Oeffnen der Augen heftiges Niesen, also Reflexwirkung auf die Respirationsorgane erfolgt; ferner beeinträchtigt Reizung der sensiblen Trigeminusäste bei diesen Hornhautaffectionen die Bulbusbewegungen nach unten.

Hirschberg erwähnt 1—3 Minuten dauernde Respirationsstillstände bei Neugeborenen, die wegen Blennorrhoe früher mit Lapisstift geätzt wurden.

Sandmann schildert die Beziehungen der nasalen Ausbreitungen des Trigeminus zu respiratorischen Bewegungen und meint, dass das Niesen auf Lichtreiz nicht durch Erregung des Opticus sondern der die Cornea versorgenden Ciliarnerven erfolgen.

Sitzung vom 11. April 1888.

418) **J. Mendel**: *Ueber Hemiatrophie facialis.*

Frau Kulike, eine Pat., die von Romberg, Remak dem Aelteren an so ziemlich alle Neuropathologen consultirt hatte, wurde 1880 von Virchow der Berliner medicinischen Gesellschaft als ein Paradigma der Hemiatrophia facialis vorgestellt. Nach einer linksseitigen Gesichtsrose, welche Pat. in ihrem 25. Lebensjahre durchmachte, traten Schmerzen in der l. Gesichtsseite, im l. Arm und in der l. Schulter ein, während ein Jahr später das Einsinken der l. Gesichtsseite, constatirt wurde. Die Gesichtsatrophie betrifft alle Ausbreitungen des Trigeminus, vor allem den 2. Ast des Quintus; die l. Zungenhälfte ist abgeflacht, die Atrophie zeigt sich an Haut, Muskeln (auch Temporalis und Masseter) nicht aber an den Knochen, ferner an Haut und Muskulatur im Bereiche des l. Radialis.

Die mikroskopische Prüfung wies normales Verhalten des Facialis, dagegen das Bild der Virchow'schen Neuritis interstitialis prolifera im Trigeminus, vor allem im Gebiet des II. Astes, ebenso im l. Radialis auf. Das in Schnittserien zerlegte Gehirn ergab Atrophie

der absteigenden Wurzel des Trigeminus und der Substantia ferruginea; das Halsmark zeigte partielle Atrophie der Ganglienzellen in den Vorderhörnern der l. Seite in der Höhe des IV. und V. Cervicalnerven. Die Cutis war atrophirt, die Muskeln zeigten das Bild der einfachen Atrophie. Da von den Trigeminuswurzeln nur die Rad. descendens afficirt war, so schliesst M., dass sie die trophischen Fasern des V. führt; ferner hält er dafür, dass die trophischen Zellen des V. z. Th. in der Substantia ferruginea enthalten sind und dass, wie es Bechterew im Gegensatz zu Meynert ausspricht, die Fasern aus derselben, nicht aus der entgegengesetzten Seite der S. ferrugenea stammen. Die Veränderungen der R. descendens entstanden auf dem Wege der ascendirenden Neuritis.

Sitzung vom 16. Mai 1888.

419) **Th. Weyl**: *Zur Kenntniss der erlaubten Farben.*

W. berichtet, das Dinitrokresol vom Magen aus sowie in subcutaner Injection (0,06 Grm. pro 5—6 Grm. Kilo) heftige toxische Wirkungen entfalte, Erbrechen, Durchfall und Laufkrämpfe auslöse. Aehnliche toxische Wirkungen zeigten sich bei einer Frau (Bremerhafen), welche zu abortiven Zwecken Saffran einnahm, das von einem Krämer besorgt war. Sie starb unter Krämpfen und Athemnoth. Die chemische Untersuchung des fraglichen Saffran ergab, dass dasselbe ein Surrogat, Dinitrokresol, gewesen war. Verf. macht darâuf aufmerksam, wie gefahrvoll sogenannte Saffranfarben wären, da man an Stelle der Crocus sativa, Dinitrokresol zum Färben von Nudeln, Liqueuren u. s. w. benutze.

420) **Jensen** trägt einen Fall von enormen Hydrops des unteren und hinteren linken Hornes bei einem in Allenberg gestorbenen erwachsenen epileptischen Idioten vor. Die Windungen des Schläfe- und Scheitellappens waren vollkommen in einen cystösen Wassersack aufgegangen der 140 Grm. Flüssigkeit enthielt. Das Gehirngewicht betrug 1100 Grm. und nach Elimination des Wassers 840 Grm. J. bespricht alsdann Methoden zur Messung der Windungen, der Länge und Tiefe der Fissuren.

II. Referate und Kritiken.

421) **Novi et Grandis** (Florenz): Sul tempo di eccitamento latente per irritazione cerebrale e sulla durata dei reflessi. (Dauer der Latenz bei cerebraler Reizung und bei Reflexen).

(Rivista speriment. XIII. 3.)

Uebereinstimmend mit Frank und Pitres fanden die beiden Autoren, dass bei Faradisirung motorischer Rindenbezirke die gekreuzte Extremität sich 0,02—0,04 Secunden früher contrahirt, als die gleichzeitige. Nach halbseitiger Rückenmarkdurchschneidung trat die Zuckung ungefähr ebensoviel früher auf der gleichnamigen, als auf der gekreuzten Seite auf. Wurde das Stadium der latenten Reizung gemessen, wenn

der Reiz das untersuchte Glied traf, (also bei Reflexen), so fand sich die Dauer desselben länger bei Reizung der vorderen, als bei Reizung der hinteren Extremitäten. Die Länge der Leitungsbahn kann diesem Phänomen nicht zu Grunde liegen vielmehr müsste die grössere Länge der unteren Extremität ein umgekehrtes Verhältniss annehmen lassen. N. und G. nehmen nun an, dass die grössere Nähe des Gehirns bei einem Reiz der vorderen Extremität diesen Reiz höhere Leitungsbahnen einschlagen lässt, sodass der Reflexbogen länger und complicirter wird, während die Lendenanschwellung, vom Gehirn weit entfernt, autonom reagirt und quasi eine Art unteres Gehirn darstellt.

Die obere Extremität stände ja nicht nur bei Menschen viel mehr im Zusammenhange mit complicirten psychischen, d. h. Gehirnleistungen, während die hintere wesentlich einfachere, der Controlle der Intelligenz nicht bedürftige Aufgaben hätte; das müsse sich in den Beziehungen der respectiven Spinalcentren zum Hirn wiederspiegeln.

Kurella (Ahrweiler).

---

422) **Arndt** (Greifswald): Zur Frage von der Localisation der Functionen der Grosshirnrinde. (Berl. klin. Wochenschrift, 1888. Nro. 8.)

Eine Stimme, die sich gegen die Gehirnlocalisation wendet, soll ganz gehört werden:

„Bei der Bedeutung, welche zur Zeit der Frage hinsichtlich der Localisation der Grosshirn- und namentlich der Grosshirnrindenfunctionen gezollt wird, ist annoch jeder casuistische Beitrag, welcher geeignet ist, dieselbe in diesem oder jenem Sinne zu lösen, ihre Bejahung oder Verneinung herbeizuführen, von Belang. Ich für meinen Theil, der ich das Centralnervensystem und mit ihm natürlich auch das psychische Organ, d. h. das Organ des Bewusstseins, der Empfindungen und willkürlichen Thätigkeiten, überhaupt nicht für ein selbstherrliches, kraft der in ihm vorhandenen Zellen automatisch aus sich heraus wirkendes, sondern lediglich für ein Reflexorgan halte, in welchem bei der Uebertragung der verschiedenen, durch centripetalleitende Nerven ankommenden Reize auf centrifugalleitende, in der zwischen diesen und jenen eingeschalteten grauen Substanz durch einen Act von Hemmung Empfindung und Willkür zu Stande kommen, ich für meinen Theil kann mich auch nicht für das Bestehen sogenannter Functionscentren in demselben, durch deren automatische Thätigkeit eben die bezüglichen Functionen ausgelöst werden, begeistern. Nach meiner Meinung giebt es nur Eintrittsstellen centripetalleitender, die Emfindungen, Aesthesien, vermittelnder, und Austrittsstellen centrifugalleitender, die verschiedenen Thätigkeitsäusserungen, Ergasien, besorgender Nerven in dem Centralorgane dieser letzteren, und alle Reiz- oder Ausfallserscheinungen von Functionen, welche in oder an diesem selbst beobachtet werden, sind deshalb zunächst nur darauf zurückzuführen, dass die *Uebertragung der diesen Erscheinungen zu Grunde liegenden Reize* an den besagten Eintritts- oder Austrittstellen der Nerven gestört, vermehrt, erschwert oder vernichtet ist, nicht aber,

dass die bezüglichen Reiz- oder Ausfallserscheinungen überhaupt nur an ihnen zu Stande kommen und Leistungen ihrer besonderen, automatischen Thätigkeit, d. i. Leistungen eigentlicher Gefühls-, Geruchs-, Geschmacks-, Gesichts-, Gehörszellen beziehungsweise Zellengruppen, eigentlicher motorischer, vasomotorischer, secretorischer, nutritiver Zellen oder Zellengruppen sind, die gerade an diesen Orten ihre Lagerung erfahren haben. Diese Functionen können vielmehr ganz wo anders namentlich in weit umfangreicheren Bezirken entstehen, als ihre vermeintlichen Centren zu umfassen scheinen; veranlasst oder zum Austrag gebracht indessen werden sie nur an ihnen, nämlich insoweit als sie die Eintrittstellen der bezüglichen Empfindungs- oder die Austrittsstellen der entsprechenden Bethätigungsnerven in dem Centralnervensystem darstellen.

Wie dies für das gesammte Centralnervensystem, Rückenmark und Gehirn, im Allgemeinen, so gilt das nun auch für das Bewusstseinsorgan, das grosse Gehirn und seine graue Rinde, im Besonderen. Die hier angenommenen Centren des Sehens, Hörens, des Fühlens, Riechens, der Sprache, der verschiedenen willkürlichen oder gewollten Bewegungen überhaupt, sind als solche wohl kaum vorhanden. Das Sehen, das Hören, selbst das Fühlen und Riechen in allen dabei in Betracht kommenden Beziehungen, die Sprache, sowie sämmtliche zusammengesetzte Bewegungen sind, wie schon der letztere Ausdruck besagt, ebenso zusammengesetzte und darum meist auch so verwickelte Vorgänge, dass es zum Mindesten nicht wahrscheinlich ist, dass sie nur an einem einzigen und noch dazu eng umschriebenen Orte zu Stande gebracht werden. Im Gegentheil, bei allen diesen Vorgängen namentlich in Anbetracht der bei ihnen immer gleichzeitig vorhandenen Gemein- oder Selbstgefühlsveränderungen, scheint stets die ganze Hirnrinde mitzuwirken; allein je nach ihrer Art werden sie an ganz bestimmten Punkten zur Einleitung und ebenso an ganz bestimmten Punkten zum Austrag gebracht. Werden diese Punkte gereizt oder zerstört, so macht es allerdings den Eindruck, als ob an ihnen die jeweiligen Vorgänge, indem sie eine Förderung erfahren oder in Wegfall kommen, sich abspielten, als ob diese Punkte oder Stellen ihre Träger, ihre Sitze, ihre Centren wären. Bei näherer Betrachtung indessen erweisen sich dieselben, wie schon hervorgehoben, blos als die Eintrittsstellen der bezüglichen Empfindungsnerven in die Hirnrinde oder als die Austrittsstellen der entsprechenden Bethätigungsnerven aus derselben. Das sogenannte Seh-, Hör-, Riechcentrum oder Centrum des Gesichts-, Gehörs-, Geruchsempfindung, das Sprachcentrum sind sonach nicht Orte im grossen Gehirn und vornehmlich in seiner Rinde, an denen allein das Sehen, Hören, Riechen vor sich geht, an dem das Sprachvermögen, d. i. das Vermögen durch articulirte Laute die Vorstellungen auszudrücken, thront — es müsste dann auch ein Tanzcentrum, Reit-, Schwimm-, Kletter-, Flugcentrum geben — ; sondern es sind nur die Orte, an welchen der Gesichts-, Gehörs-, Geruchsnerv der in die graue Hirnrinde, als Bewusstseinsorgan, sich einsenkt und von denen aus er, erregt, seiner Energie gemäss, das Bewusstsein weckt;

und das Sprachcentrum, sowie jedes andere entsprechende Bewegungs-, Handlungs- oder Bethätigungscentrum überhaupt ist einzig der Ort, an welchem das in irgend einer Weise erweckte Bewusstsein sich in die bezüglichen Bewegungen, Handlungen u. s. w. umsetzt oder, vielleicht richtiger gesagt, umzusetzen anfängt. Denn der wirkliche Umsatz erfolgt ja erst durch Bewegungsapparate, die Muskulatur, die Absonderungsapparate, die Drüsen, welche die jeweilige Bewegung, Handlung oder Abscheidung bewerkstelligen.

Obwohl nun so zwar von einer Localisation der verschiedenen Grosshirnrindenfunctionen nicht eigentlich recht die Rede sein kann, dieselben aber nichtsdestoweniger normaler Weise an die Erregung ganz bestimmter Stellen gebunden sich zeigen, so liegt es nach wie vor im Interesse der Wissenschaft, darüber in das Reine zu kommen, wie und wo und in welchem Verhältniss zu einander diese Stellen in der ganzen Grosshirnrinde verbreitet sind. Wie bekannt wissen wir bis heute darüber nur sehr wenig und das Wenige auch noch nicht einmal so sicher, dass nicht dem Streit und Widerstreit darüber Thür und Thor geöffnet wäre. Jeder Beobachtung, jedem kasuistischem Beitrage, der geeignet ist in diesem Streit irgend welche Aufklärung zu geben, ist darum ein gewisses Gewicht beizumessen, und von diesem Gesichtspunkte aus wage ich es denn auch ein Paar ältere Beobachtungen, die ich bei Durchstöberung meiner Papiere verzeichnet fand, weiteren Kreisen bekannt zu geben.

Kopfverletzung mit nachfolgender Lähmung der Beine.

G. Blankenburg, 22 Jahre alt, vom 7. Brandenburgischen Infanterie-Regiment Nro. 60 hatte am Vormittage des 14. April 1864 vor den Düppeler Schanzen eine Verletzung des Kopfes durch ein Sprengstück einer in der Luft geplatzten Granate davon getragen.

Auf der Höhe des Scheitels, vor dem Wirbel, in ziemlich gerader Richtung über den Proc. mastoides, etwas mehr nach links von der Sagittallinie, befand sich eine mehr als Handtellergrosse, sehr stark gequetschte Hautpartie, in der man eine nach verschiedenen Richtungen gerissene, mehrere Centimeter lange Wunde mit theilweise vollständig ertödteten Rändern wahrnahm. Nachdem rasirt und die Wunde von ihren Blutgerinseln befreit war, entdeckte man in derselben eine Schädelfractur folgender Art: Ein ziemlich kreisrundes, thalergrosses Knochenstück ist aus dem Schädeldach nach innen zu herausgeschlagen und der Schädelhöhle entgegengetrieben. Mit seinem tiefsten, dem vorderen Theile liegt es unter dem Niveau der inneren Platte, so dass man zwischen diese und die Dura mater bequem eine Sonde einschieben kann. Mit seinem höchsten, dem hinteren Rande liegt es etwa in der Höhe der Mitte der knöchernen Schädeldecke. Das besagte Knochenstück selbst ist eingedrückt und zeigt in der Mitte einen Sternbruch mit drei Strahlen, einem riesigen Blutegelstiche nicht unähnlich. Mehrere Splitter von der Tabula vitrea sind nach vorn getrieben und ebenso einige kleinere aus der ganzen Schädeldecke daneben eingekeilt.

B. ist vollständig bewusstlos. Die Glieder hängen schlaff herunter; wo man sie hinlegt, bleiben sie liegen. Die emporgehobenen Augenlider fallen sofort wieder zu, wenn man sie loslässt; die Backen werden bei jeder Exspiration blasend vorgetrieben. B. macht den Eindruck eines Apoplektischen. Pulse 60, voll.

Mit Myrthenblatt und Kronzange werden die eingekeilten Knochensplitter und etliche lose der Tabula vitrea herausgezogen; worauf eine silbergroschengrosse Stelle der perlgrauen Dura mater sichtbar wird. Pat. erholt sich vorübergehend etwas; allein bald verfällt er wieder in sein altes Coma. Scharpie auf die Wunde, Eisblasen; Abführmittel aus Natr. sulfuric. und Natr. nitric. Des Abends ist die Pulsfrequenz auf 56 gesunken, das Gesicht ist dabei stark geröthet und wie leicht geschwollen geworden. Aderlass von 700—800 g. Danach sehr bald Freierwerden des Bewusstseins und, nach erfolgtem Stuhlgange, gesunder Schlaf.

Am anderen Tage (15. April) spricht Patient langsam doch verständig. Er muss sich aber immer erst längere Zeit besinnen, ehe er antwortet. Dazu besteht eine Paralyse der unteren Extremitäten, jedoch ohne Anästhesie. Ohne die Beine im Geringsten rühren zu können, fühlt B. jeden Druck, jeden Hauch und ist über den Ort, sowie die Art und Weise, in welcher sie zur Einwirkung gelangen, vollständig im Klaren.

Unter steter Anwendung von Eis, Laxanzen erholt sich B. mehr und mehr und zeigt sich nach drei Wochen als einen durchaus munteren launigen Menschen, der seine Kameraden durch viele Schnurren und Scherze wohl zu ergötzen weiss. — Die Wunde verkleinert sich mehr und mehr; allein B. fing an sich durchzuliegen, und das verursachte ihm viele Belästigungen. Anfangs Mai konnten täglich kleine Sequester aus der Wunde herausgezogen werden. Gegen die Mitte des Mai endlich war es auch möglich, das noch nicht ganz gelöste runde Knochenstück zu entfernen, das sich als vorzugweise dem linken Scheitelbein angehörig erwies. Allmählig kehrte dann auch eine geringe Beweglichkeit in die unteren Gliedmassen zurück. Doch war noch in den ersten Tagen des Juni B. nicht im Stande, dieselben zu heben; nur ein Wenig beugen und strecken konnte er sie. Die Kopfwunde war um diese Zeit vollständig vernarbt, aber die Narbe selbst ziemlich empfindlich. Der nur oberflächliche Decubitus hielt sich in Schranken, heilte, kam wieder, rief eine leichte Entzündung hervor, heilte von Neuem, kam abermals wieder, und so durch einige Zeit fort.

Ich musste den Kranken verlassen. Nach mir gewordener Mittheilung jedoch war im September seine Kopfwunde äusserlich vollständig veruarbt, der Knochendefect indessen noch nicht im Mindesten ersetzt. Die Sensibilität der unteren Extremitäten war, soweit zu erkennen, durchaus normal, die Motilität dagegen äusserst beschränkt. Auf einer Unterlage leicht beugen und strecken konnte B. die Beine wohl; allein nur mit Unterstützung einer fremden Hand konnte er sie im Bett liegend unter heftigem Zittern auch etwas heben und senken. Sonst war er ausser Stande, von ihnen irgend welchen Gebrauch zu machen. Aus den Zeitungen erfuhr ich nach Jahr und Tag, dass er in einem dem Allen entsprechenden Zustande in einem Invalidenhause untergebracht war.

Der Fall bestätigt, was bisher vornehmlich durch das Thierexperiment an Erfahrung gewonnen worden ist, dass die oberen Scheitelläppchen zu den Bewegungen und hauptsächlich den Gangbewegungen der unteren, beziehentlich hinteren Extremitäten in Bezug stehen. Ebenso wird durch den Fall bestätigt, dass die entsprechenden Empfindungen wenigstens die cutanen, ganz wo anders ausgelöst werden. Allein wo? Darüber giebt er indessen nicht den mindesten Aufschluss. Hingegen lässt er wieder sehr bestimmt erkennen, dass der Decubitus und

seine Folgen, die reactive Entzündung mit ihrer grossen Neigung zur Verschwärung, welche wohl gleichwerthig einer sogenannten *neuroparalytischen Entzündung* zu erachten ist, nichts mit der Sensibilität unmittelbar zu schaffen hat. Der Decubitus, die reactive Entzündung, ist Folge des gesunkenen centrifugalen Nerveneinflusses, der mangelhaften Innervation der in Betracht kommenden Gewebe, Zellen und Zellencomplexe, aber keineswegs der aufgehobenen Sensibilität, wodurch nach gewissen Ansichten das betreffende Individuum unfähig gemacht werden soll, die Einwirkungen entzündungserregender Schädlichkeiten rechtzeitig zu merken und zu entfernen.

Kopfverletzung mit nachfolgender Blindheit und Unfähigkeit zu stehen und gehen.

Franz Wilke, 31 Jahre alt und seit dem Jahre 1866, in welchem er, auf einem Marsche nach Böhmen durch Insolation krank geworden, 20 Tage im Lazareth zu Kupferberg in Schlesien gelegen hatte, häufig an Kopfschmerzen und einer leichten Gemüthsverstimmung leidend, wurde am 15. Januar 1871 in der Schlacht bei Belfort durch ein Schrapnellstück am Hinterkopfe getroffen. Er stürzte bewusstlos nieder, verlor ziemlich viel Blut, war deshalb sehr schwach und matt, als er wieder zu sich kam, und gleichzeitig blind, sowie unfähig sich auf den Beinen zu halten.

Die stark gequetschte und gerissene, etwa 10 cm lange Wunde befand sich auf der rechten Seite des Hinterkopfes, etwas links von der Sagittallinie, in der hinteren oberen Scheitelgegend anfangend und durch die hintere untere Scheitelgegend bis weit über das rechte Schläfenbein hinziehend. Verschiedene spitze, scharfkantige Knochensplitter steckten unbeweglich in ihren Oeffnungen und zwischen diesen Blutgerinnsel, Haare, Erde, welche bei jeder Inspiration sich hoben und senkten. Unfreiwillige Entleerungen, der Blase und des Mastdarms sowie Erbrechen waren vorgekommen.

Am anderen Tage bestand ein etwas beschleunigter Puls und zeitweises unfreiwilliges Uriniren, Zurückweisen aller Nahrung, aller Medicamente, häufiges Trinken, viel Klagen, Aechzen und Stöhnen bei ziemlicher Benommenheit des Sensoriums. Grosse Unruhe, ewiges Umherwerfen im Bett, Greifen nach dem Kopfe und Abreissen des Verbandes erschwerten sehr die Behandlung, ja machten sie fast illusorisch. Trotzdem der Kranke sich im Bett herumwälzte und so heftig, dass man, um sein Herausfallen zu verhindern, noch je ein Bett zu seiner Seite stellen musste, vermochte er doch nicht zu stehen. Bei jedem Versuche auf den Nachtstuhl zu kommen, knickte er wie gelähmt zusammen und musste gehalten, getragen oder, wenn nicht genug Hände vorhanden waren, geschleppt werden. Nähere Aufschlüsse irgend welcher Art konnte man indessen von ihm nicht erlangen. Nach Verabreichung eines Morphiumpulvers von 0,025 am 23. Januar im Trinkwasser trat etwas Beruhigung ein und von da ab bei steter Darreichung dieses Medicaments in kleineren Dosen Besserung. Patient lag ruhiger, liess den Verband liegen, so dass doch die Wunde nicht anhaltend gereizt wurde; etwaige Stuhlverstopfung, zu der grossen Neigung bestand, konnte durch Darreichung von Medicamenten behoben werden. Danach verschwanden die heftigen Kopfschmerzen, ordentlicher Schlaf stellte sich ein, das Bewusstsein klärte sich.

In den ersten Tagen des Februar stellte sich das Gesicht wieder ein. Am 3. Februar überzeugte ich mich davon, dass W. wieder sehen konnte, schwach; aber er konnte doch sehen. Er erkannte einen Ring, einen Uhrschlüssel, ein Geldstück und bestimmte dessen Werth nach dem Umfange. Farben konnte er noch nicht unterscheiden, wenigstens liessen seine Angaben darüber viel Zweifel. Nur nach der Form bestimmte er das Wesen des Gegenstandes und irrte sich deshalb aber auch darin nicht selten. Ein Portemonaie gab er für eine Cigarrentasche und nachher für ein Notizbuch aus, einen kleinen Schlüssel für einen Pfropfenzieher oder Kugelzieher u. A. m.; und diese Verwechselungen kamen hauptsächlich vor, nachdem er einige Zeit schon bemüht und in Folge dessen wohl auch ermüdet worden war. Die Sensibilität in den unteren Extremitäten schien nicht gestört zu sein. Nadelstiche, einfache und doppelte, Drücken und Kneipen wurden als solche rasch und deutlich empfunden und genau localisirt. Die Reflexaction zeigte sich sehr gering, etwa wie bei jedem Gesunden. Alle Bewegungen mit den Beinen konnten ausgeführt werden, wenn W. im Bette lag. Er konnte die Beine dann heben, senken, abduciren, adduciren, rotiren; aber stehen und gehen konnte er nicht. Die besagten Bewegungen wurden freilich nur langsam und schwerfällig ausgeführt, kamen aber doch regelrecht zu Stande. Unwillkürlicher Urinabfluss war seit den ersten Tagen nicht wieder vorgekommen. Herzthätigkeit normal. In den oberen Extremitäten keine Störung. Psychisch machte sich grosse Langsamkeit, Nehligkeit, rasche Ermüdung bemerkbar und in Folge davon Verwirrung. — Bekam als damals beliebtes Mittel bei Kopfverletzungen Jodkali.

16. Februar. Das Befinden des W. ist seit etlichen Tagen wieder besser, nachdem er selbst durch etwa 8 Tage wieder so gut wie gar nichts gesehen hat und an einzelnen Tagen vielleicht in der That auch gar nichts gesehen hat. Nicht ungerechtfertigt dürfte es sein, die Prüfungen des Gesichtssinnes damit in Zusammenhang zu bringen, insofern als sie für ihn noch zu angreifend waren und Functionsbehebung zur Folge hatten. Heute sieht er ganz deutlich, doch nur auf wenige Fuss Entfernung, und unterscheidet auch genau die Farben. Alle Bewegungen mit den Beinen kann er in der Rückenlage ausführen; stehen und gehen aber kann er noch immer nicht. Entweder knickt er in den Hüften und Knieen ein oder hält die Beine in Hyperextension. Die Sensibilität erscheint nicht gestört. Alle Reize werden ihrer Qualität entsprechend, wahrgenommen; die Leitung ist rasch und bestimmt, die Localisation genau. Appetit, Verdauung und Schlaf sind in Ordnung. Die Wunde sieht gut aus. Aus derselben wird ein grösseres Schädelstück mit beiden Flächen herausgezogen. Es gehört dem rechten Os parietale und einem Theile des Os temporale an. Danach sieht man das Gehirn blos liegen. Ob Dura darüber, ist zweifelhaft. Jedenfalls sind die Windungen recht deutlich zu erkennen. — Das Gesicht scheint etwas nach links vorgezogen zu sein; dazu besteht leichter Strabismus convergens dexter. (Facialis, mastikatorische Partie des Trigeminus, Abducens dext. gelähmt, oder Facialis, mastikatorische Partie des Trigeminus und Oculomotorius sinister gereizt? Pyramidenkreuzung.)

19. Februar. Das Befinden ist verhältnissmässig gut. Die Wunde eitert stark granulirt. Das Vermögen zu sehen ist vorhanden, aber schwach und bald ermüdend. W. kann mit Unterstützung stehen und gehen, indessen immer nur mit

hyperextendirten Beinen. Verziehung des Gesichts nach links, sowie Strabismus convergens deutlich.

23. Februar. Befinden zufriedenstellend. Appetit, Stuhl, Schlaf gut. Strabismus deutlich; häufig Doppeltsehen. Mit Unterstützung kann W. recht gut schon gehen. — Prolapsus cerebri. Apfelgross hängt eine Partie des hinteren unteren Scheitels- oder auch des Hinterhauptlappens aus der Wunde da heraus, wo am 16. Februar das Knochenstück entfernt worden war. Beim Versuch ein zweites Knochenstück, das von dem prolabirten Gehirnstück überwallt wurde, zu entfernen, krampfhaftes Athmen, Verfärbung des Antlitzes, Kleinwerden des Pulses, Verdrehen des Kopfes, der Augen, Hände. — Nachher erzählt W., ihm wäre mit einem Male sehr unwohl geworden; sodann habe es ihn heiss überlaufen und danach wäre er taumlich geworden, habe das Bewusstsein verloren und wisse nun nicht mehr, was weiter mit ihm geschehen sei. In den ersten Tagen des März, bis wohin sich W. verhältnissmässig gut befunden hatte, Evacuation von Morvillars, allwo er so lange gewesen, nach Dammerkirch. Trotz des grossen Hirnvorfalls überstand er den Transport dahin, auf einer Matraze liegend, recht gut; was jedoch weiter aus ihm geworden, ist mir unbekannt geblieben.

Bringen wir nunmehr auch von vorstehendem Falle die durch das Shrapnellstück verursachte Kopfverletzung und ihre Folgen in Zusammenhang mit dem Schädelinhalte, dem Gehirn, und seinen einzelnen Functionen, so ergiebt sich, dass vorzugsweise die Gegend über dem Gyrus angularis, dem anliegenden Theil des Gyrus supramarginalis, des Scheitelläppchens, also insbesondere dessen hintere Partie, kurz die Gegend um den Sulcus interparietalis getroffen worden war. Die unmittelbare Wirkung davon zeigte sich auch wieder, wie im vorigen Falle, als eine mehr allgemeine. Das Bewusstsein war verloren gegangen, der ganze Körper zusammengebrochen.

(Schluss folgt.)

---

423) **L. Brieger:** Ueber das Vorkommen von Tetanin bei einem an Wundstarrkrampf erkrankten Individuum.

(Berl. Klin. Wochenschr. 1888 Nro 17.)

Bei einem 30 j. Arbeiter, welcher etwa 8 Tage nach einer Oberarmverletzung von heftigem Tetanus heimgesucht wurde und trotz schleunigst vorgenommener Amputatio humeri in einem spastischen Anfall starb, wies B. in dem ca. eine Stunde nach der Absetzung untersuchten Arm Tetanin als Platindoppelsalz nach. Das sulzige Gewebe der Extremität producirte auf Rindfleischbrei, Fischbrei und Blutserum ausgesät neben Ammoniak Tetanin, hingegen weder Tetanoxin noch Spasmotoxin. Verf. erwähnt, dass aus Gehirn, Rückenmark und Nerven von zwei an Tetanus verstorbenen Personen weder pathogene Mikroorganismen noch Toxine erhalten werden konnten.

J. Ruhemann (Berlin).

---

424) **Albert P. Brabaker** (Philadelphia, Pa.): Dental irritation as a factor in the causation of epilepsy. (Zahnreiz als ein Moment zur Hervorbringung von Epilepsie.) (The Therap. Gazette. 16. Jan. 1888.)

Verf. giebt zum Beweise, dass unter den epileptische Anfälle hervorrufenden Ursachen der bisher in dieser Hinsicht gar nicht gewürdigten Zahnreiz (Entzündungen etc.) eine nicht unbedeutende Rolle spielen, die ausführlichen Krankengeschichten von 16 einschlägigen Fällen. Voigt (Oeynhausen).

---

425) **Philipp Zenner** (Detroit, Mich.): The nervous manifestations of typhoid fever. (The American Lancet. Januar 1888.)

In mindestens $^1/_4$—$^1/_3$ aller Typhusfälle bestehen Symptome geistiger Erkrankung (Delirien), die nicht immer vorübergehend, sondern oft dauernd sind; wenigstens ist in 1% der in den Anstalten befindlichen Fällen von Geisteskrankheit die unmittelbare Ursache der Typhus gewesen. Er nimmt in dieser Hinsicht unter den Infectionskrankheiten um so mehr die erste Stelle ein, als auch prognostisch die ihm ihre Entstehung verdankenden Psychosen die relativ ungünstigsten sind. Die unmittelbare Ursache dieser Geisteskrankheiten mag eine verschiedene sein: hohe Temperatur, Blutcirculationsstörungen, parenchymatöse Erkrankungen der Nervenzellen, direkte Wirkungen des Typhusgiftes etc. Zu den Gelegenheitsursachen gehören nervöses Temperament, Excesse aller Art, Alcoholismus, erbliche Neigung zu Nervenkrankheiten, Erschöpfung des Nervensystems u. s. w. Manchmal erscheinen die Geistesstörungen im Anfangsstadium des Typhus, meist im fieberhaften, selten im postfebrilen. In ersterem treten gewöhnlich ängstliche Melancholie mit verschiedenen Gefühls- und Gehörs-Hallucinationen auf; im zweiten Ideenjagd und zahllose Hallucinationen und Illusionen, (letztere namentlich stark in der ersten Fieberwoche und von meist heftigem, deprimirenden Charakter), die oft mit starken motorischen Erregungszuständen verbunden sind, und gewöhnlich, aber nicht immer mit zunehmender Genesung verschwinden; wenigstens in $^1/_4$ aller Fälle halten sich die Delirien, namentlich die Wahnvorstellungen, auch wohl eine gewisse Apathie, Ideen-Verwirrung, Stupidität etc. noch monate- selbst jahrelang. Das postfrebile Delirium (Schlaflosigkeit, Gedanken-Verwirrung, Grössenwahn, Ideenjagd, motor. Erregungszustände), das meist nur nach schweren Typhen und bei hereditär Belasteten auftritt und seine Ursache wahrscheinlich in einer schlechten Ernährung des Hirns hat, verschwindet in $^1/_3$ der Fälle nach 1 Woche; in vielen anderen wird es chronisch mit dem Charakter religiöser, erotischer, exaltirter Wahnvorstellungen; dabei herrscht deprimirte, melancholische Stimmung vor. Manchmal finden sich hier auch Fälle von beträchtlicher geistiger Schwäche: in mehr als der Hälfte derselben tritt niemals wieder vollkommene geistige Gesundheit ein.

In prognostischer Hinsicht ist zu sagen, dass, je schwerer das acute Typhus-Delirium, um so grösser die Lebensgefahr. Und was

die Genesung in geistiger Beziehung betrifft, so tritt dieselbe in $^1/_3$ aller Delirium-Fälle innerhalb einer Woche ein, während sie in $^1/_4$ der Fälle Monate oder Jahre lang, in der Hälfte der letztern immer bleibt. Eine gewisse Nervenschwäche bleibt übrigens nach Typhus sehr oft zurück. — Die Bäder- und die Antypirin-Behandlung scheint die Häufigkeit der Thyphus-Delirien wesentlich vermindert zu haben.

Voigt (Oeynhausen).

---

426) **L. Emmett Holt** (New-York): Cerebral symptoms in the pneumony of childern. (Hirnsymptome in der Pneumonie der Kinder.) (The Medical Record. 7. April 1888.)

Aus Verf. Untersuchungen folgt, dass die kindliche Pneumonie sehr häufig mit Hirnerkrankungs-Symptomen einhergeht. — Krämpfe kommen fast nur in der ersten Kindheit, selten nach dem 2. Lebensjahre vor. Begleiten sie die beginnende Pneumonie, so verschlechtern sie die Prognose in keiner Weise; kommen sie später, bedeuten sie baldigen Tod. Delirien (in Folge hoher Temperatur und extensiver Entzündung) finden sich am häufigsten zwischen dem 5. und 8. Lebensjahre; derartige Fälle gehen gewöhnlich in Genesung über. — Die Ansicht, dass Entzündung der Lungenspitze gewöhnlich von Hirnsymptomen begleitet sei, ist falsch, da dies nur in $^1/_5$ der Fälle statt hat. Die nervösen Störungen sind um so häufiger, je extensiver die Entzündung, je höher die Temperatur ist.

Voigt (Oeynhausen).

---

427) **Lyon** (Paris): Hysterie et Traumatisme. (Hysterie nach Schädeltraumen). (L'Encéphale 1888 Nro. 1.)

30 jähriger Mann stürzt aus dem Fenster des zweiten Stocks auf einen Schutthaufen; geringfügige Stirnwunde, Bewusstlosigkeit. Euphorie und Arbeitsfähigkeit am folgenden Tage. 4 Monate darauf Kopfschmerzen, Herzklopfen, ängstliche Träume; nach weiteren 5 Monaten Ameisenlaufen links, Anaesthesie der linken Hand, Parese der l. oberen Extremität; einige Tage darauf zwei „hysteroepileptische“ Anfälle, mit arc de cercle. Aufnahme in die Charité; totale linksseitige Anaesthesie, Gehör l. herabgesetzt, links Amblyopie, Schmerzhaftigkeit der Scheitelgegend, Druckempfindlichkeit des l. Testikels. Der P. entzog sich bald der weiteren Beobachtung. L. citirt aus der neueren Literatur einige ähnliche Fälle, wo Hemianaesthesie, Hemiparese, zum Theil auch „hysterische Krämpfe“ gleichzeitig nach Schädeltraumen auftraten, reclamirt alle diese Fälle für die Hysterie, und erklärt sie als Nachwirkungen der Gehirnerschütterung; von organisch bedingten ähnlichen Erscheinungen unterschieden sie sich durch die Gleichseitigkeit mit dem Ort des Trauma. K.

428) **M. Lunz:** Casuistische Mittheilungen aus der Nervenabtheilung des ersten Moskauer Stadtkrankenhauses.

(Dtsche. Medic. Wochenschr. 1888 Nro. 19.)

Paraplegie nach einem Schlage auf den Schädel. Ein 48 j. Kutscher, der durch den Schlag eines Pferdes eine Markstückgrosse Depression des Schädels auf der Höhe der Sagittalnaht erlitten hatte, zeigte nach Vorübergehen der etwa eine halbe Stunde lang andauernden Bewusstlosigkeit vollkommene Paralyse der Unterextremitäten ohne Affection cerebraler Nerven und ohne spinale Symptome. Der erste Gedanke, dass es sich um eine symmetrische Druckwirkung auf die obersten Abschnitte der Centralwindungen und die Paracentralläppchen handele, und somit die Ausführung der Trepanation wurden verworfen, da sich bei der Heftigkeit des Traumes keine Erscheinungen, nicht einmal Reizungen der nahe gelegen Centren der oberen Extremitäten zeigten. In den nächsten Tagen traten Urinverhaltung, Atrophie der Beine mit Verminderung der electrischen Erregbarkeit, kurz spinale Symptome auf, so dass eine auf Contre-coup beruhende commotio medullae spinalis angenommen wurde. Nach einem Stadium der Verschlimmerung besserte sich der Zustand durch Galvanisation des Rückgrates, es blieben aber spastischer Gang und Steigerung der Sehnenreflexe zurück, Erscheinungen, welche auf secundäre Degeneration der Seitenstränge zurückzuführen waren.

Ein Fall von Gummata im Kleinhirn. 5 Jahre nach Acquirirung von Lues zeigten sich bei einem 32 j. Manne Kopfschmerz, vereinzelt Erbrechen, taumeliger Gang, Schwindel ohne psychische Störungen, ohne Symptome seitens der Augen, ohne Veränderung der Sehnenphänomene und ohne Paralysen.

Die Obduction des plötzlich unter soporösen Erscheinungen verstorbenen Mannes ergab 2 Gummata in der rechten Cerebellarhälfte, von denen das eine wallnussgrose im Lobulus cuneiformis, das andere haselnussgrosse im Lobulus semicircularis posterior inferior dicht an dem Wurm sass. J. Ruhemann (Berlin).

---

429) **Samuel Theobald:** Notes of two cases of reflex paralysis of accomodation of the eye, with mydriasis, due to dental irritation; with observations upon their supposed bearing on the question of the pathogenesis of sympathic ophthalmitis. (2 Fälle reflectorischer Accomodations-Paralyse mit Mydriasis in Folge von Zahnreiz. Bemerkungen über deren Bedeutung für die Frage der Pathogenese der sympathischen Augenentzündung.) (The Medical Record. 25. Febr. 1888.)

Die beiden Fälle beweisen nach Verf., dass die sympathischen Augenentzündungen auf nervösem Wege entstehen; sie schien wenigstens in dem zweiten dieser Fälle sicher hervorgebracht durch andauernde Reizung eines Trigeminus-Astes und zwar mussten dadurch den Symptomen nach (Betheiligung des Geschmackssinnes u. s. w.) Störungen wahrscheinlich structureller Art in den Gangl. ophthalm. und Gasseri entstanden sein. Voigt (Oeynhausen).

---

430) **Robert Abbe** (New-York): Dupuytren's finger contraction. Further Remarks on the theory of its nervous origin. (Dupuytren's Finger-Contractur. Weitere Bemerkungen über die Theorie ihres nervösen Ursprungs.) (The Medical Record. 3. März 1888.)

Verf. hatte schon 1884 die Theorie aufgestellt, dass jene Erkrankung (Hypoplasie der Palmar-Aponeurose-Fasern mit Betheiligung des areolaren Bindegewebes der Palma, oft auch der Hand) nervösen Ursprungs sei. Die seitdem von ihm fortgesetzten Beobachtungen, deren er hier eine ganze Reihe veröffentlicht, bestätigen nach ihm diese Hypothese; denn 1. zeigt sich die von Adams aufgestellte Behauptung, jene Erkrankung sei gichtigen oder rheumatischen Ursprungs hinfällig, da nur in den seltensten Fällen eine derartige Erkrankung resp. eine Prädisposition zu derselben gefunden wird, und da 2. in keinem Falle beide Hände gleichzeitig, höchstens eine nach der andern in Zwischenräumen von Monaten und Jahren ergriffen werden. 3. Die allgemein bekannten Neurosen des Narbengewebes bilden ein Analogon zu den hier in Frage kommenden, welche letztere gleichfalls oft Folgen der Bindegewebs- u. s. w. Wucherung sei (das beweist doch nichts für den nervösen Ursprung!). 4. Die Neuralgien und Neurosen sind gewöhnlich nach den betreffenden Operationen (Excision oder mehrfache Incisionen etc.) wie durch Zauber verschwunden.

Voigt (Oeynhausen).

---

431) **D. F. Kinnier** (New-York): Chronic atrophic spinal paralysis in childern. (Chronische atrophische Spinallähmung der Kinder.) (The Medical Record. 17. März 1888.)

Verf. beschreibt einige Fälle spinaler Kinderlähmung, die er namentlich genau auf die bekannten elektrischen Reactionen untersucht hat. Er betont die grosse Wichtigkeit solcher Untersuchungen rücksichtlich der Diagnose und Prognose und empfiehlt schliesslich zur Behandlung derartiger Fälle kräftige galvanische und faradische Ströme.

Voigt (Oeynhausen).

---

332) **John M. Clarke** (Barlington, Ut.): Alcoholic Ataxia. (The Medical Record. 17. März 1888.)

Der betreffende Fall wurde als Tabes dors. behandelt, bis die nach Verlauf von 2 Jahren eingetretene Heilung den Verf. zu der Ansicht brachte es habe sich bei dem Gewohnheitstrinker um eine alcoholische Neuritis gehandelt. Die Beschreibung des Falles ist zu aphoristisch gehalten, als dass man mit Sicherheit auf die Richtigkeit der einen oder anderen Diagnose schliessen könnte.

Voigt (Oeynhausen).

---

433) **Osler**: (Pennsylvania): Case of cholesteatoma of floor of third ventricle and of the infundibulum. (Cholesteatom des Bodens des 3. Ventrikels und des Infundibulums.) (The journal of nerv. & ment. dis. Novbr. u. Deebr. 1887. p. 657.)

20jähriger Mann, litt schon als Kind an heftigen Kopfschmerzen,

die sich im 18. Jahre häufiger einstellten. Um diese Zeit öfters transitorische Blindheit; einige Jahre darauf vielfach Kopfschmerzen, schlief oft ein im Laufe des Tages. Im Juni 1879 plötzlicher eine Stunde anhaltender Verlust der Motilität und Sensibilität in den linken Extremitäten; kurz darauf heftige Kopfschmerzen und Erbrechen, Somnolenz mit nachfolgendem Anfall maniakalischer Erregung. Vom Juli bis October vielfach Kopfschmerzen, Erbrechen und Neigung zum Schlafen; Puls oft 28—30 in der Minute; mehrtägige Intervalle zwischen den Anfällen. Im October oft geistesabwesend, verliert die Erinnerung an Frau und Kinder; Diplopie, Herabsetzung des Sehvermögens, ein leichter epileptiformer Anfall; während der Monate November und Dezember Besserung des Allgemeinbefindens. März 1880 doppelseitige Neuritis optica, schwankender Gang. Im Juni heftige Kopfschmerzen und Erbrechen, welches 3 Tage anhielt, und an welches sich ein epileptiformer Anfall anschloss; darauf Stadium von Somnolenz, aus welchem Patient amaurotisch erwachte.

Seitdem Besserung des Allgemeinbefindens, sodass Patient seinem Berufe nachgehen konnte; am 3. Juni 1885 stellen sich Kopfschmerzen und Erbrechen wieder ein, Somnolenz; Anhalten der Bewusstlosigkeit bis zum 27. August. Von da an waren die Kopfschmerzen das hauptsächlichste Symptom. Plötzlicher Exitus am 25. 4 1886.

Die Obduction ergab einen cystösen Tumor an der Gehirnbasis in der Gegend des Chiasmas, das Infundibulum stark verdickt; ferner einen kleinen Tumor von derber Consistenz im vorderen unteren Abschnitt des linken Ventrikels, Dilatation der Seitenventrikel; Atrophie der nervi und tractus optici.

Die mikroskopische Untersuchung, welche in ihrer Ausführlichkeit im Original nachgesehen werden kann, ergab ein Cholesteatom.

Koenig (Dalldorf).

---

434) **Mills** (Philadelphia): Two cases of brain tumor. (Zwei Fälle von Gehirntumor.) (Journ of nerv. & ment. dis. Novbr. u. Octbr. 1887. p. 707.)

1) Tumor der 2. Stirnwindung.

Hauptsächliche Symptome: Pat. fiel plötzlich hin, Erbrechen, hartnäckige Obstipation, verlangsamter Puls; Tags darauf Kopfschmerzen, schwankender Gang, kalter Schweiss; am 3. Tag Doppelsehen, Vertigo und Herzpalpitationen, constantes Erbrechen nach jeder Mahlzeit; Hyperästhesie in den oberen Extremitäten, mit Rigidität der Muskeln. In der 2. Woche Parese des linken Armes, Herabsetzung der Sensibilität in dem rechten, Lichtscheu, namentlich des rechten Auges, epileptiforme Anfälle, die mit einem Schrei eingeleitet wurden, der Körper wird nach links gezogen; das Bewusstsein war erhalten, Gefühl von Erstickung während der Anfälle. Die Pupillen waren gleich weit ohne Reaction; Ptosis rechts, das linke Auge konnte Pat. nicht schliessen; noch die linke Stirnhälfte runzeln; auch trat noch eine leichte Parese des linken Beines auf; der Augenhintergrund wurde nicht untersucht. Tod an Erschöpfung.

Autopsie: Grau rother, weicher Tumor, der den hinteren Theil der 2. rechten Stirnwindung einnahm, und sich auf das untere Drittel der vorderen Centralwindung erstreckte; die weisse Substanz der 2. Stirnwindung, sowie theilweise die der ersten und 3. Stirnwindung waren mit ergriffen.

Irgend welche andere Herde waren nicht vorhanden, ebensowenig eine diffuse Meningitis, sodass Verf. die klinischen Symptome allein auf den Tumor zurückführen zu müssen glaubt.

2) *Tumor des Thalamus opticus.*

19 jähriger Mann wurde im Juni 1886 von einem Pferde in die Hand (welche? Ref.) gebissen. Eine Woche darauf fiel er plötzlich um, und bekam eine rechtsseitige Parese der ganzen Körperhälfte.

Das Gesicht war nach links verzogen; die rechte Stirne konnte nicht gerunzelt werden; doppelseitiger Lagophthalmus. Später vollständige Lähmung der rechten Seite. Linke Pupille enger wie die rechte. Kopfschmerzen.

19. Januar: Lähmung des rectus internus des rechten Auges.

20. Januar: Puls 60; Schmerzen im Nacken, Schluckbeschwerden.

21. Januar: Exitus.

Autopsie. Ein Theil der inneren Hälfte des linken Thalamus opticus ist durch eine Tumormasse eingenommen, welche sich auf den Boden des Ventrikels erstreckt; in der Substantia perforata anterior fanden sich noch einige Knötchen tuberculöser Beschaffenheit.

Koenig (Dalldorf).

---

435) **Rousseau** (Auxerre); Deux cas de tumeur cérébrale, épilepsie consécutive. (Zwei Fälle von Hirntumor mit nachfolgender Epilepsie.)
(L'Encéphale 1888 Nro 1.)

1.) Epilepsie, Blödsinn, heftige Wuthanfälle während 15 Jahren. Tod an Miliartuberculose der Lungen. Section: Solitärer Tuberkel an der Hirnbasis zwischen den Schläfelappen, sphärisch, von 25 Mm. Durchmesser.*)

2.) 33 jähriger Fuhrmannn; erster Anfall seit 10 Jahren nach einem heftigen Schreck. 3—400 Krampfanfälle im Jahr, vereinzelte Vertigoanfälle. Blödsinn, Zerstörungstrieb, aggressive Impulse, keine Lähmungen, keine Sensibilitätsstörungen. Tod nach 14 jähriger Krankheit im Coma epilepticum. Section: Taubeneigrosser Tumor (Lipom?) der Hirnbasis zwischen den Schläfelappen, mit der Hirnsubstanz nicht zusammenhängend; Compression und Verschiebung des Chiasma opticum: rechter Sehnerv verdünnt, verlängert, linker etwas verdünnt. Der Stiel des Tumors entspringt am rechten Hirnstiel, dieser selbst abgeplattet und atrophisch; keine absteigende Degeneration im Pons und den Pyramyden. (? Es liegen keine mikroskopischen Befunde vor. Ref.) K.

---

*) Sollte der Hirntuberkel nicht erst in der Anstalt acquirirt worden sein? Ref.

436) **Gavoy** (Limoges): Cysticerques du cerveau. (Cysticerken im Gehirn.) (L'Encéphale 1888 Nro. 1.)

Anfälle von Jackson'scher Epilepsie bei einem Fleischer, mannigfache periphere Sensationen, Anaesthesie und Paresen an wechselnden Stellen, Tod nach 2 Jahren; Section ergiebt Cysticerken am Fuss der Fissura Rolandi, am Rande der Sylvischen Spalte, in der grauen Substanz der Stirn- und aufsteigenden Parietalwindungen beiderseits, an der Innenfläche des Kopfes vom Corpus striatum. Der Scolex dieser Finnen zeigte, ganz wie hunderte von Verfasser untersuchte Scolices der Taenia solium, einen Pigmentstreifen, von schwarzen polyedrischen Körnern gebildet, an der Ansatzregion der Haken; G. hat dies Pigment nie am Cysticercus cellulosae gefunden, und behauptet deshalb, dass Taenia solium und Cysticercus cellulosae nicht identisch sind. (Eine sehr kühne Behauptung, nach den zahllosen die Indentität beweisender Fütterungsversuchen; die pigmentirte Scolex wird als eine Varietät der Species zu betrachten sein Ref.) K.

---

437) **David S. Booth** (Sparta, Ill.): Severe concussion of the brain, terminating in compression. (Heftige, mit Compression endigende Gehirnerschütterung.) (The St. Louis Med. u. Surgic. Journ. Febr. 1888.)

Patient, der nach einem Sturze aus dem Wagen augenscheinlich viel Blut aus dem rechten Nasenloche verloren hatte, im Uebrigen ausser einer mächtigen Beule am Hinterkopfe keine äusseren Verletzungen zeigte, wurde etwa 4 Stunden nach diesem Anfalle bewusstlos aufgefunden. Puls weich, langsam (40) und unregelmässig, Temperatur subnormal, Respiration 20, zeitweise stertorös; zuweilen Erbrechen. Pupillen von normaler Grösse, auf Licht nicht reagirend. Drei Stunden später: Bewusstlosigkeit, Unruhe, Puls 72, Temperatur normal, Pupillen auf Licht reagirend. Etwa 11 Stunden später: Puls 104, Respiration 24, Pupillen unregelmässig erweitert. Eine halbe Stunde später wurde plötzlich das Athmen sehr langsam und schwach, die Pupillen erweiterten sich stärker, am meisten die linke, der Puls wurde hart und voll, 120; bald darauf Aufhören des Athmens, nach 15 Minuten auch des Herzschlages. Nach Verf. erfolgte der Tod durch Ruptur eines Blutgefässes in der Gegend des Respirationscentrums.

Voigt (Oeynhausen).

---

438) **Schotten** (Cassel): Ein Fall von Tetanie nach Scharlach. (Berl. klin. Wochenschr. 1888 Nro. 14.)

Bei einem 8jährigen Knaben, der seit Kindheit mehrfach an Krämpfen gelitten hatte, trat am 16. Krankheitstage eines mittelschweren Scharlachs im Verlaufe der ungewöhnlich heftigen Desquamation unter Parästhesieen tonischer Kontraktionszustand der Extremitäten auf, welcher am 4. Tage endgültig verschwand. Trousseau'sches Phänomen wurde nicht gefunden; möglicherweise lag eine rheumatische Ursache der Tetanie zu Grunde.

J. Ruhemann (Berlin).

---

439) **Frederick W. Robbins** (Detroit, Mich.): Eclampsia.
(The American Lancet. Januar 1888.)

Verf. berichtet 3 Fälle von Eclampsia parturientium und schliesst daran einige, nichts Neues bringende Bemerkungen über Ursache und Behandlung dieser Erkrankung. Voigt (Oeynhausen).

---

440) **C. L Dana** (New-York): An atypical case of Thomsen's disease. (Myotonia congenita). (The Medical Record. 21. April 1888.)

Der 35jährige Kranke war nicht hereditär prädisponirt zu irgend welchen Nervenkrankheiten, auch bis zu seinem 20. Lebensjahre ganz gesund. Da zeigte sich ohne nachweisbare Veranlassung zuerst Steifigkeit in den Händen und Beinen, später auch in den Kaumuskeln. Allmählig nahm die Muskelkraft, namentlich in den Armen, ab, ohne dass Muskelatrophie zu finden war; dann wurden auch die Geschlechts- und Blasen-Functionen etwass schwächer, ebenso das Gedächtniss und die Fähigkeit, aufmerksam zu sein. In den Beinen zeigten sich zeitweise Schmerzen. Bei der Untersuchung sind weder Ataxie noch Tremor noch fibrilläre Zuckungen bemerkbar, wohl aber tonische Contractionen der betheiligten Muskeln der Hände, der Beine, der Kau- und Schling-Werkzeuge. Die mechanische Erregbarkeit dieser Muskeln ist gesteigert, während die der Nerven eher vermindert erscheint; auch die electrocutane Sensibilität scheint herabgesetzt. Die faradische Muskel-Erregbarkeit ist vielleicht etwas erhöht und durch Auftreten einer After-Contraction ausgezeichnet; die galvanische sehr gesteigert, da KaS Te schon bei Strömen von 5—10 Milliampère auftritt. Der Muskelsinn ist etwas herabgesetzt. Hochgradige vasomotorische Reizbarkeit überall. Bei microskopischer Untersuchung schienen in den betreffenden Muskeln die Kerne etwas vermehrt, auch Neigung zu Fissurenbildung vorhanden zu sein; doch war das nicht über jeden Zweifel erhaben. Voigt (Oeynhausen).

---

441) **J. Milner Fothergill** (New-York): The neurotic with indigestion and lithiasis. (Der mit Verdauungsbeschwerden und Steinbildung behaftete Nervöse.) (The Medical Record. 7. Jan. 1888.)

Verf. gibt ein launiges, aber äusserst treffendes Bild derjenigen meist in grossen Städten anzutreffenden Neurastheniker, die an Dyspepsie und übermässigen Harnsäurebildung leiden. Sie gehören zu den klagenden, von einem Arzte zum andern laufenden, unter unbeschränkter Herrschaft ihrer zahllosen, stets wechselnden Empfindungen stehenden Kranken, deren Behandlung eine äusserst schwierige und wenig angenehme ist. Voigt (Oeynhausen).

---

442) **Elizabeth L. Peck** (South Hadley, Mass.): A case of hysterical coma. (The Medical Record. 10. März 1888.)

Ein 20jähriges, etwas anämisches und zu Kopfschmerzen geneigtes Mädchen verfiel nach einem etwas heiter verlebten Tage plötzlich in ein fast 5 Tage lang anhaltendes Coma von sehr hoher In-

tensität, dass sie nur durch Application des heissen Eisens auf den Rücken für kurze Zeit daraus erweckt werden konnte. Nach dem Anfalle tagelange Unruhe und Launenhaftigkeit, dann innerhalb der nächsten 4 Wochen körperliche Erholung, aber noch Unfähigkeit, ein längeres Gespräch zu führen, ohne sich zu verwirren.

Voigt (Oeynhausen).

---

443) **J. Leonard Corning** (New-York): The treatment of chorea by cerebral rest. (Die Behandlung der Chorea durch Ausruhen des Gehirns.) (The Medical Record. 7. Januar 1888.)

Nachdem in Kurzem Aetiologie, Symptomatologie und Pathologie der Chorea besprochen sind, wird die Behandlung derselben etwas ausführlicher abgehandelt. Sie muss hauptsächlich auf 3 Punkte gerichtet sein: auf Ruhe des Gehirns, Verhütung psychischer und somatischer, namentlich durch Licht und Geräusche hervorgerufene Reize. Dementsprechend lässt Verf. seine Patienten 10—15 und mehr Stunden hinter einander im dunkeln Zimmer verweilen, damit sie möglichst viel schlafen; wachen sie während diesen Stunden auf, so erhalten sie jedesmal etwas flüssige, leicht verdauliche Nahrung; schlafen sie danach nicht wieder ein, so erhalten sie ein beruhigendes Mittel (Brom). Die wenigen zum Wachen bestimmten Stunden werden mit leichter geistiger Arbeit, nicht erregenden Beschäftigungen etc. ausgefüllt. Ist dann die Hirnreizbarkeit gemildert, so gibt Verf. Arsenik, dessen Dosis er allmählig möglichst hoch steigert; gleichzeitig wendet er Galvanisation an (positive mit Eiswasser gefüllte Elektrode auf den Kopf, negative in den Nacken, halbstündige Sitzungsdauer). Als Diät gibt Verf. vorzugsweise mehlhaltige Sachen.

Voigt (Oeynhausen).

---

444) **F. A. Southam** (St. Francisco): Cases of nerve-stretching. (Fälle von Nervendehnung.) (The Pacific Record. 15. März 1888.)

1. Fall. *Spastische Spinalparalyse* ohne Sensibilitätsstörungen, mit heftigen Nachts exacerbirenden Schmerzen im Leibe und den Beinen. Unmittelbar nach ausgiebiger blutiger Dehnung des linken n. ischiadic. verschwand links der Patellarreflex und das Fussphänomen, auch trat eine Minderung des Muskelspasmus ein; 2 Tage später hörten plötzlich die schiessenden Schmerzen auf. Innerhalb der nächsten 14 Tage kehrten die Sehnenreflexe in alter Intensität wieder, wohingegen das Aufhören der Schmerzen und die Milderung der spastischen Erscheinungen während der 6 wöchentlichen Beobachtungszeit anhielten. (Ref. dehnte vor einigen Jahren beide nn. ischiadic. eines an amyotrophischer Lateralsklerose leidenden Mannes; auch hier minderten sich sofort die Sehnenreflexe und spastischen Erscheinungen bedeutend und Pat. konnte $^1/_2$ Jahr später — brieflichen Nachrichten zufolge; leider konnte ich ihn nur noch einige Tage nach der Operation sehen — besser seine Glieder gebrauchen, als zuvor.)

2. Fall. *Tabes dors.* Nach Dehnung Besserung der lancinirenden Schmerzen, während die anderen Symptomen unverändert blieben.
Voigt (Oeynhausen).

---

445) **Dujardin-Beaumetz** (Paris, France): Hydrotherapie in the treatment of chronic diseases. (Hydrotherapie in der Behandlung chronischer Krankheiten). (The Therap. Gazette 16. Januar 1888.)

Verf. bespricht in der kurzen und Nichts Neues bringenden Arbeit unter Anderen auch den Nutzen der Hydrotherapie in den Fällen von Erkrankung des Nervensystems: die von Winternitz u. A. für die Behandlung dieser Krankheiten aufgestellten und allgemein als giltig angenommene Grundsätze werden auch von ihm als die richtigen befürwortet. Voigt (Oeynhausen).

---

446) **T. M. Lloyd** (Broklyn, N.-Y.): The use of hypnotics in the insane. (Der Gebrauch hypnotischer Mittel bei Geisteskrankheiten.) (The Terap. Gazette. 15. Febr. 1888.)

Verf. spricht sich auf Grund eigener und fremder Erfahrungen dahin aus, dass das *Paraldehyd* zwar in Folge seines schlechten Geschmacks etc. dem Chloral nachstehe, dasselbe jedoch um so mehr ersetzen könne, als es bei Herz-Affectionen nicht contraindicirt sei. Das *Hyosc. hydrobrom.* sei zu verwerfen, da es recht oft, selbst nach kleinen Dosen, sehr unangenehme und bedrohliche Symptome mache; allerdings wirke es oft in acuten und chronischen Geisteskrankheiten da beruhigend, wo andere Sedativa den Dienst versagten. — Das *Urethan* stehe an Wirksamkeit dem Paraldehyd nach, namentlich in Fällen von starker Erregung; auch mache es leicht Würgen und Erbrechen. Jamaica dogwood wirkt unsicher als schlafmachend, leidlich gut als nervenberuhigendes Mittel. Im Uebrigen fand Verf. als „regelmässiges Schlafmittel für continuirlichen Gebrauch" eine Verbindung von Hyosciamin-Präparaten, Chloral und Bromsalze für die meisten Fälle von Geisteskrankheit sehr geeignet, — doch müssen hier gewöhnlich grössere Dosen genommen werden, als bei anderen Erkrankungen. Voigt (Oeynhausen).

---

447) **Wiliam F. Wright** (New-York): „The uses of antipyrin other than as an antipyretic. (Der Gebrauch des Antipyrin zu andern, als antipyretischen Zwecken.) (The Medical Record. 31 Dzbr. 1887.)

Verf. hat Antipyrin bei Migräne, Trigeminus-Neuralgie, ovarieller Neuralgie, Muskelrheuma, Hysterie und gewissen spasmodischen Zuständen von ausgeprägtem Nutzen gefunden; namentlich auch wirke es vorzüglich in Fällen von Schlaflosigkeit erschöpfter und reizbarer Kranken, zumal in Verbindung mit Chloral. Er gab nie mehr als 1 Gramm auf einmal und wiederholte diese Dosis nicht vor 2 Stunden; üble Nachwirkungen traten dabei niemals ein.
Voigt (Oeynhausen).

---

448) **J. Leonard Corning** (New-York): A further contribution on local medication of the spinal cord, with cases. (Ein weiterer Beitrag zur Localbehandlung des Rückenmarks, nebst Fällen.)
(The Medical Record. 17. März 1888.)

Verf. hatte schon in einer früheren Arbeit (New-York Medic. Journ. Octbr. 1885) gezeigt, dass die physiologischen Wirkungen eines das Rückenmark beeinflussenden Mittels um so intensiver sind, je näher dasselbe auf subcutanem Wege dem Rückenmark gebracht wird. Er bewies dies später mehrmals dadurch, dass er zunächst bei einem Kaninchen durch subcutane Injection von Strychnin allgemeine Krämpfe hervorrief; wurde nur eine gewöhnliche subcutane Injection von Cocain gemacht, so war das ohne Einfluss auf jene Krämpfe, während dieselben wesentlich geringer wurden, wenn die gleiche Portion Cocain recht tief zwischen die process spin. der Wirbelsäule eingespritzt wurde. In Folge dieser Versuche ersann sich Verf. für die Praxis folgendes Verfahren: er macht in der Nähe des 10. oder 11. Dorsalwirbels ein kleines Hautstückchen anästhetisch, sticht hier etwa $^1/_2$ Zoll seitlich von der proc. spin. eine 3 Zoll lange mit Handgriff und fixirbarem Schieber versehene Nadel ein, bis dieselbe auf den Knochen trifft, markirt diese Entfernung durch Verschieben des Schiebers bis zur Haut und ersetzt nun die Nadel durch eine ebenso armirte und ebenso tief eingestochene Hohlnadel, die mit einer geeigneten Pravazschen Spritze verbunden ist. Verf. empfiehlt das Verfahren hauptsächlich in Fällen functioneller, mit Schmerzen einhergehenden Rückenmarkserscheinungen. Er spritzt hier gewöhnlich Cocain ein — allein oder combinirt mit Tinct. Aconit. und Pyrogallus-Säure. — Die Wirkung des Verfahrens bei organischen Läsionen bedarf noch weiterer Beobachtung. Voigt (Oeynhausen).

---

449) **A. D. Rockwell** (New-York): The cumultative action of the galvanic current. (The Medical Record. 21. April 1888.)

Es fehlt noch immer eine genügende Erklärung dafür, dass der galvanische einen Körpertheil ruhig durchfliessende Strom allmählig an Intensität zunimmt. Jedenfalls erklärt der allmählich abnehmende Leitungswiderstand der Haut etc. diese Erscheinung nur zu einem Theile, so dass man mit Verf. u. A. annehmen muss, dass jene Zunahme im Wesentlichen die Folge der elektrolytischen und polarisirenden Wirkung des Stromes ist, der in der durchflossenen Strecke einen Secundärstrom erzeugt. Dieser sich allmählig verstärkende, ununterbrochen fliessende Strom leistet in Fällen von Lähmungen centralen Ursprungs, in denen die Reizbarkeit der gelähmten Nerven sehr gesteigert ist, vortreffliche Dienste (während Unterbrechungen hier oft gradezu schaden). Dasselbe gilt von hemiplegischen Lähmungen, wenn die Nerven-Reizbarkeit sehr gesteigert ist, vor Allem aber von der spinalen Kinderlähmung (wofür Verf. einen lehrreichen Fall anführt) und überhaupt von allen denjenigen organischen und functionellen Neurosen, bei denen es darauf ankommt, das gereizte

Nervensystem zu beruhigen. Nur bei Neuralgien sei es oft vortheilhaft, am Schlusse der Sitzung einige Unterbrechungen (Stromschliessungen) hinzufügen. Voigt (Oeynhausen).

---

450) **Franz C. Bressler** (Baltimore): Paroxysmal tachycardia.
(The Medical Record. 7. Januar 1888.)

Verf. gibt die differentielle Diagnose zwischen Herzpalpitation und anfallsweise auftretende Tachycardie, berichtet einen von ihm behandelten Fall letzterer Erkrankung und schliesst mit einer Betrachtung über die Pathologie derselben: es handle sich jedenfalls um eine Läsion des Theils der medulla, der die Centren der Schweisserzeugung Respiration und Herzbewegung enthalte; wenigstens sei in einem Nothnagel'schen Falle die Tachycardie durch tiefe Inspirationen wesentlich gemildert worden. Voigt (Oeynhausen).

---

451) **R. von Santvoord** (New-York): Two cases of Raynaud's disease, with remark. (Zwei Fälle Raynaud'scher Krankheit, nebst Bemerkungen.) (The Medical Record. 14. Januar 1887.)

Nach genauer Beschreibung zwei von ihm selbst beobachteten Fälle bespricht Verf. einige in den letzten Jahren gemachte pathologische Befunde der Erkrankung, aus deren Vergleichung mit den klinischen Erscheinungen er zu folgenden Schlüssen kommt: 1. Locale Syncope und Asphyxie kann wahrscheinlich als Symptom verschiedener krankhafter Zustände auftreten. 2. Die symmetrische Gangrän ist eine Trophoneurose, bei welcher bisher niemals was anders, als eine periphere Neuritis gefunden wurde. 3. Gefässkrampf und symmetrische Gangrän hängen zwar innig zusammen, jedoch nicht als Ursache und Folge, sondern als Ausfluss einer gemeinsamen Ursache.
Voigt (Oeynhausen).

---

452) **Julian J. Chisolm** (Baltimore): A very valuable lesson for those who use anästhetics. (Eine höchst werthvolle Vorlesung für diejenigen, welche Anästhetica gebrauchen.)
(The Medical Record. 21. Januar 1888.)

Verf. hat mehr als 10000 Operationen unter Chloroform gemacht, ohne einen einzigen Todesfall gehabt zu haben. Er schiebt dies auf seine Methode, bei Aussetzen des Pulses und der Respiration den Chloroformirten sofort an den Beinen aufzuhängen.
Voigt (Oeynhausen).

---

453) **A. B. Judson** (New-York): The orthopedic treatment of paralysis of the anterior muscles of the thigh. (Die orthopädische Behandlung der Lähmung der vorderen Oberschenkelmuskeln.)
(The Medical Record. 4. Februar 1888.)

In denjenigen Fällen spinaler Kinderlähmung, in denen durch Paralyse der vorderen Oberschenkel-Muskulatur die Gehfähigkeit aufgehoben ist, leistet eine einfache Stahlschiene, die das Kniegelenk in

gestreckter Stellung fixirt und unten mit einem Klumpfussschuh verbunden ist, vortreffliche Dienste. Wird sie gleich im Beginn der Lähmung angewandt, so wird dadurch zu einem gewissen Theile die Atrophie und Schwäche der betreffenden Muskeln verhindert und zugleich werden dem Kranken Krücken und schwere Stützapparate und dgl. erspart. Voigt (Oeynhausen).

---

454) **Grace Peckham** (New-York): The nervous symptoms, local and reflex, arising from the displacements and inflammations of the uterus and its appendages. (Die nervösen localen und reflectorischen Symptome in Folge von Lageveränderungen und Entzündungen des Uterus und seiner Anhänge.) (The Medical Record. 18. Februar 1888.)

Verf. analysirt 500 gynäcologische Fälle rücksichtlich der etwa dabei in die Erscheinung tretenden nervösen Symptome. Um sich ihre complicirte Aufgabe möglichst zu erleichtern, schliesst sie alle die von der Menstruation, der Menopause und Neubildungen abhängigen von der Beobachtung aus und theilt ausserdem die sämmtlichen Nerven-Symptome in 4 Gruppen, je nachdem sie das Becken, den Ernährungskanal, den Kopf betreffen oder als allgemeine Nervosität einschliesslich Hysterie auftreten. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Störungen des ausserhalb des Beckens gelegenen Nervensystems sind bei Erkrankungen des Uterus und seiner Anhänge nicht annähernd so häufig, als man allgemein glaubt. 2. Bei completem Prolapsus uteri finden sich am wenigsten nervöse Störungen, während Retroflexion das ausserhalb des Beckens befindliche Nervensystem am meisten schädlich beeinflusst. 3. Die Grösse der Nervenstörung ist stets proportional der Menge des erkrankten Uterusgewebes und der Zeitlänge, welche die Erkrankung gedauert hat. 4. Die reflectorischen nervösen Symptome in Folge von Lageveränderungen und Entzündungen des Uterus etc. sind weder in- noch extensiver, als diejenigen, welche durch gleichwerthige pathologische Veränderungen anderer Körpertheile zu entstehen pflegen. 5. Dies gilt auch namentlich von den nervösen Augenstörungen, die übrigens ihre Entstehung wahrscheinlich jedesmal der Anämie und allgemeinen Körperschwäche verdanken. 6. Viele Nervensymptome hängen weniger von der Urin-Erkrankung direct, als von der oft mit ihr verbundenen Stuhlverstopfung und Anämie ab. Störungen des ausserhalb des Beckens gelegenen Nervensystems werden vorzugsweise bei den feiner organisirten Frauen der höheren Klasse angetroffen. 8. Locale Neuralgie täuscht nicht selten eine Uterus-Erkrankung vor. Voigt (Oeynhausen).

---

455) **Andreas Watt** (Laurence, Mass.): A case of myxödema. (The Medical Record. 28. Januar 1888.)

Der Fall betrifft eine erblich-nervöse, in unglücklicher Ehe lebende Frau, und wird im Uebrigen nur flüchtig und oberflächlich berichtet. Die Schilddrüse soll normal gewesen sein.

Voigt (Oeynhausen).

---

456) **Bransford Lewis** (St. Louis): Alcoholic paralysis of the extremities. (Alcoholische Paralyse der Extremitäten.)
(The St. Louis Med. u. Surg. Journ. März 1888.)

Ein Periodisch-Trunksüchtiger spürte in unmittelbarer Folge einer Erkältung Taubheitsgefühl in Händen und Füssen und zugleich die Unfähigkeit, die Glieder so kräftig als gewöhnlich zu bewegen. Bald bildete sich vollkommene Paralyse der Extensoren aller 4 Extremitäten aus, während die Hautsensibilität normal blieb, auch die sonst für alcoholische Neuritis charakteristischen Schmerzen u. s. w. nicht eintraten. Strychnin-Injectionen, Massage und Electricität bewirkten innerhalb 6 Wochen bedeutende Besserung. Die Muskeln reagirten übrigens Anfangs nicht auf den faradischen Strom, thaten dies aber bald, nachdem mit allgemeiner und localer Galvanisation begonnen war. Voigt (Oeynhausen).

---

457) **C. M. Warren** (St. Francisco): Insanity. (Irresein.)
(The Pacific Record. 15. August 1887.)

Verf. glaubt, dass die primäre Ursache der Geisteskrankheiten nicht in Circulationsstörungen des Hirns und seiner Häute, sondern in einer Veränderung der Structur der Hirnnervenzellen liege, als deren Folge erst die Blutgefäss-Alterationen zu betrachten seien. Bestehe jedoch eine angeborene Disposition zu krankhafter Nervenaction oder einer erworbenen Schwäche der Nervenelemente, so könnten auch wohl quantitative oder qualitative ausserhalb des Gehirns liegende Circulationsstörungen direct Veranlassung zu Störungen in den Hirncentren geben. Die durch das Microskop zu entdeckenden krankhaften Veränderungen hätten bisher nur geringes Licht auf die *besondere Formen* der Geisteskrankheiten geworfen; dagegen verdanke man der microskopischen Untersuchung wichtige Aufschlüsse über das Wesen der Krankheitsvorgänge im Gehirn (Veränderungen der Blutgefässe, des Bindegewebes, der Nervenzellen u. s. w.); letztere aber zeigten, dass die Functionen des Geistes auf physicalischer Structur beruhen — mit anderen Worten, dass jede Geisteskrankheit ihrer Ursache nach eine physicalische Krankheit (mit abnormen Geistesäusserungen) sei. Nur sei jeder Theil des Organismus, folglich auch ein krankhaft angelegtes Gehirn auf ein neues Individuum zu vererben: die erbliche Uebertragung geistiger Affection sei die Regel. Es frage sich nun, was das Agens dieser Heredität sei? (cf. Darwins Pangenesis). Im Uebrigen verbreitet sich Verf. des Weitern über die Gelegenheits-Ursachen der Geisteskrankheiten. Voigt (Oeynhausen).

---

458) **Toniuni** (Girifalco): La paranoia secondaria (Die secundäre Verrücktheit.) (Rivista speriment. XII. p. 52—92.)

Die interessante Arbeit sucht aus 10 Fällen eigener Beobachtung nachzuweisen, dass es eine secundäre Verrücktheit giebt, d. h. ein echt paranoisches Irresein, das sich während des Verlaufs, während der Reconvalescenz oder nach dem Ablauf einer reinen Psychoneurose

entwickelt. Die Arbeit dient somit zur weiteren Illustrirung der Mittheilung Nasses (Allgem. Zeitschrift Bd. 44 Heft 4 und 5) „über die Umbildung einer klinischen psychischen Krankheitsform in eine andere."

Den Beweis für die Möglichkeit einer solchen Umbildung sucht T. in doppelter Weise zu führen. Er theilt 5 von seinen 10 Fällen mit. Diese Fälle tragen sämmtlich exquisit das Gepräge der Paranoe, bis in die kleinsten Details der Sprache und Haltung; aber was diese Fälle nicht beweisen, das ist das Vorausgehen einer Psychoneurose. T. hat die ersten Krankheitsstadien nicht selbst beobachtet, giebt nur eine kurze Wiedergabe der Anamnese, und somit fehlt der Beweis, dass diese Paranoiker früher melancholisch oder maniakalisch gewesen sind. Damit fällt aber auch die Sicherheit der Auffassung der Fälle als secundäre Paranoe im Sinne T.'s

Die zweite Methode, mit der T. die Entwicklung einer Paranoe aus oder nach einer Psychoneurose begreiflich machen will, sind rein speculative Erwägungen darüber, wie a priori eine paranoische Form denkbar ist bei einem Individuum, das eine Psychoneurose überstanden hat. T. nimmt eine Art von Generationswechsel der Psychosen an. Ein Paranoiker wäre ein Degenerirter, ein Degenerirter könne aber an keiner Psychoneurose leiden. Degenerirt wäre er, weil in seiner Ascendenz eine Psychoneurose dagewesen wäre und den Zeugungsact zur Uebertragung degenerativer Impulse beeinflusst hätte. Für gewöhnlich wäre also jede paranoische Form secundär; eine Psychoneurose ginge stets als primärer Process voraus; dieser primäre Process aber läge für gewöhnlich im Leben von Vater oder Mutter.

Es gäbe nun Fälle, in denen bei einem Individuum dieser gewöhnlich an die Reihenfolge zweier Generationen gebundene Process in dem Verlaufe *eines* Lebens verschmölze. Der Melancholiker oder Maniacus beerbe sich quasi selbst; diese Erbschaft, die psychische Degeneration, gäbe in seinem Gehirn die Bedingungen, aus denen sich die Paranoia entwickelt. „Wenn einmal das Factum gegeben ist, dass eine Psychoneurose auf dem Wege successiver Entwicklungsmomente ein oder mehrere Individuen des Species degeneriren (paranoisch werden) lässt, kann man feststellen, dass die secundäre Paranoia in einem einzigen Individuum das darstellt, was eine Psychoneurose in der Species bewirkt, das Heraustreten eines degenerativen Processes" (p. 60.). — „Die P. sec. lässt sich definiren als eine Psychose, characterisirt durch ein Delirium von paranoischem Typus, das mehr oder weniger ausgebildet sein kann, auf der Basis einer hereintretenden psychischen Schwäche, die das Gleichgewicht einer schon von vornherein invaliden Psyche stört, den degenerativen Process verstärkt und seine Entwicklung abkürzt, indem sie in einem und demselben Individuum die Stadien einer pathologischen Serie concentrirt."

Es liegt auf der Hand, dass wir es hier mit blosser Speculation zu thun haben, und mit dem Begriffsrealismus, der die Psychologie lange an jeder gesunden Entwicklung gehindert hat. Diesen Begriffsrealismus auch in die *psychiatrische* Methodik einführen zu wollen,

und Namen wie „Psychoneurose“ und „Degeneration“ zu behandeln, als handle es sich um Elemente der Wirklichkeit, ist ein Beginnen, das hoffentlich keine Schule macht. T.'s geistreiche Arbeit würde in einer inductiven Analyse seines Materials vielleicht den Begriff der „secundären Paranoia besser begründen können, als durch ein derartiges Jongliren mit blossen Begriffen. Der Beweis für die Möglichkeit einer Paranoia nach einer sogen. Psychoneurose ist damit sicher nicht erbracht so wenig diese Möglichkeit a priori bestritten werden soll, vielmehr scheint es sich in den von ihm behandelten Fällen um von heftigen Affecten begleitete Entwicklungsstadien der Verrücktheit zu handeln. Kurella (Ahrweiler).

---

459) **Wildermuth** (Schloss Stetten): Ueber die Komplikationen der Idiotie. (S. A. der Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und epileptischer 1887).

Das Hauptsymptom der Idiotie, die psychische Schwäche, kann mit Psychosen complicirt sein, die meist secundär, auf dem Boden der vorhandenen psychischen Schwäche erwachsen; selten ist die psychische Schwäche als Folge einer akut verlaufenden Geisteskrankheit aufzufassen. Das Irresein ist selten klinisch abgegrenzt, meist nur da, wo der Schwachsinnige der Grenze der Norm sich nähert.

Die Störungen im Bereiche des *Fühlens* nähern sich sowohl der Melancholie, wie der Manie. Die melancholische Form ist indessen, da der Idiot keine Vergleiche anstellen kann, weit oberflächlicher, er empfindet nichts von dem quälenden Seelenschmerz, er ist apathischer. Die manische Form sieht sich eher ähnlich, und namentlich die höheren Grade idiotischen Schwachsinnes liefern hier das Hauptkontingent. Die häufigste Stimmungsanomalie ist die zornmüthige Reizbarkeit, namentlich bei epileptischen Idioten. Was die Störungen im *Vorstellen* betrifft, so bilden die formalen Störungen im Vorstellen, die ja die psychischen Grundelemente des Schwachsinns überhaupt sind, selbstverständlich keine Complikation. Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen sollen nicht so selten sein wie Krafft-Ebing es will. Wahnvorstellungen sind selten, da die intellectuelle Schwäche, die Armuth an Vorstellungen, die mangelhafte Association, das dürftige Phantasieleben des Zustandekommen derselben erschweren.

Hallucinationen und Illusionen kommen ebenfalls wenig vor, möglicherweise werden sie auch nicht erkannt, da den Kranken die Fähigkeit abgeht die inneren Erlebnisse zu beschreiben. Sehr häufig und zweifellos dem Gebahren der Geistesgestörten ähnlich ist die Aeusserung des Sammeltriebes bei Idioten, der sich beim einzelnen immer auf die nämlichen Dinge erstreckt, die der Gegenstand des höchsten Interesses für den Idioten sind.

Störungen in den *motorischen Vorgängen* des Seelenlebens sind eine nothwendige Folge des defecten Empfindungs- und Vorstellungslebens des Idioten, genau genommen also keine Complication. Von den Trieben sind die Anomalieen des Nahrungstriebes zu nennen, die sich entweder in dem Zuviel oder Zuwenig, oder aber darin zeigen,

dass Alles, auch Nicht-Essbares, Steine, Koth, Holzstücke, gegessen werden. Häufig sind die Störungen des Geschlechtstriebes und vor allem perverse Sexual-Empfindungen.

Was das sittliche Verhalten anbetrifft, so ist der beim Idioten vorhandene moralische Defect keine gelegentliche Complication, sondern eine mit dem Wesen der angeborenen Schwäche unzertrennbar zusammenhängende Störung.

Das Studium des Irreseins bei Idioten hat auch practisches Interesse 1) bezüglich der Behandlung, die anders ausfällt, sobald man den krankhaften Zustand von Bosheit und Verstocktheit zu unterscheiden weiss; 2) bezüglich der Prophylaxe, da der Ausbruch der complicirenden psychischen Störung, namentlich bei den leichteren Formen des Schwachsinns sehr häufig zurückzuführen ist auf den Einfluss akuter psychischer Schädigung, wie sie entsteht, wenn der Kranke in Verhältnisse versetzt wird, denen er nicht gewachsen ist.

Schliesslich fordert Verfasser von Aerzten und Lehreren, vor allen von ersteren, dass sie die psychische Tragkraft eines Kindes beurtheilen können und den Eltern bei Zeiten über ev. defecte Hirnanlagen ihrer Kinder die Augen öffnen, um letztere vor völlig geistigem Tod zu bewahren. Neuendorff (Bernburg.)

---

460) **Aus dem Jahresbericht der Provinzial-Irren-Anstalt zu Leubus 1886.**

Behandelt wurden zusammen 480 Kranke (209 M. 271 W.) im Durchschnitt 23 p. d. täglich mehr als im Etat vorgesehen. Unter den Aufnahmen waren 19 (8 M. 11 W.). Rückfällige, darunter 1 an periodischer Manie leidender erblich belasteter Gewohnheitstrinker, der in regelmässigen zehnjährigen Pausen zur Aufnahme gelangt war. Erbliche Belastung war nachzuweisen bei p. p. 35%. An paralytischer Seelenstörung litten etwas über 9% (23 M. 5 W.). Von den Abgegangenen konnten 28,9% als genesen gelten. Unter den 19 als gebessert entlassenen Männern haben sich 9 Paralytiker befunden (!!).

Dieser günstige Verlauf wird der methodischen Behandlung mit kühlen Bädern zugeschrieben. Von den innerhalb des ersten Monates ihrer Erkrankung der Anstalt zugeführten Kranken sind 50% genesen Die Sterblichkeit war auffallend hoch und betrug 8,3% der Behandelten. Vorwiegend Lungenerkrankungen. — Fluchtversuche sind mal vorgekommen. Ein Selbstmordversuch mit Datura Strammonium ist interessant. Die Kranke hatte ad maximum erweiterte Pupillen, Würgebewegungen, 39,2 frequenten Puls und sah Alles klein und entfernt, wie durch ein umgekehrtes Opernglas. Ein Mann versuchte sich den Penis abzuschnüren, wurde aber daran verhindert. Eine Kranke wurde entbunden.

Beschäftigt wurden 64,7% M. und 36,8% Frauen. Seit 1886 ist eine Verbesserung des Speisetarifs eingeführt.

In der Pensionsanstalt wurden 47 Kranke (30 M. 17 W.) verpflegt, davon wurden 19 entlassen (genesen 1 Dame); gestorben sind

3 (2 an Paralyse). Bei der Verwaltung der Pensionsanstalt wurde ein Ueberschuss von 5803,37 Mark erzielt.

Neuendorff (Bernburg).

---

461) **Jahresbericht des Schlesischen Hilfsvereins für Geisteskranke 1886.**

Der Verein hat im Berichtsjahre 65 Kranke gegen 57 im Vorjahre aus eigenen Mitteln mit 1041,80 Mark, 105 Kranke gegen 104 im Jahre 1885, aus Provinzialmitteln mit 6617,00 Mark unterstützt, und dadurch wie bisher segensreich gewirkt. Es konnten einerseits Kranke, deren Genesung auf schwachen Füssen stand, durch die gereichten Geldmittel sich kräftiger beköstigen und über die ersten Sorgen des Unterhaltes hinweghelfen, andrerseits Leute, deren Familie durch die Entfernung des Ernährers in die bitterste Noth gerathen, deren Arbeitsutensilien verkauft oder verpfändet waren, sich letztere wieder beschaffen und mit der Unterstützung sich neue Arbeit schaffen.

Neuendorff (Bernburg).

---

462) **Bericht über die Verwaltung der Provinzial-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt zu Schwetz 1886 (87).**

Bei einer Normalzahl von 350 Kranken wurden 404 (209 M. 195 W.) überhaupt verpflegt. Davon schieden aus 70 Kranke (43 M. 27 W.). Geheilt wurden davon 5 Männer; gestorben sind 22 (15 M. 7 W.). Von den in die Heilabtheilung aufgenommenen 62 Kranken (32 M. 30 W.) waren 35 (17 M. 18 W.) hereditär belastet. 12 Kranke kamen rückfällig in die Anstalt, 4 aus der Besserungsanstalt und dem Zuchthause, 1 Soldat aus der Festungshaft. 2 Verbrecher (Strassenraub und Mordversuch) waren zur Begutachtung in der Anstalt. Der Erstere wurde als Simulant erkannt. Der Gesundheitszustand in körperlicher Beziehung war ein günstiger. Von infectiösen Erkrankungen kamen ausser denen, welche zum Tode führten (3 durch Tuberculose, 2 durch jauchische Zellgewebsentzündung) noch 4 Fälle von Tuberkulose, 10 von Erysipelas, 3 von Wechselfieber zur Behandlung. Ein Kranker fand gelegentlich seines Entweichens den Tod durch Erfrieren. Ein Kranker brach beim Fallen auf der Treppe den Unterschenkel, ein Kranker wurde durch Spatenschläge eines anderen verletzt. Entwichen sind 2 Kranke. Beschäftigt wurden von den Männern etwas über 30%, von den Frauen etwa 40%.

Die Verpflegung kostet pro Kopf und Tag 0,56 Mark, die Gesammtausgabe pro Kopf und Tag (incl. I. und II. Klasse und Freistellen) 1,52 Mark. Die für den einzelnen Kranken gezahlten Verpflegungskosten decken die der Anstalt in Wirklichkeit erwachsenen Kosten nicht. Die Gesammtausgaben betragen nach Abzug der eingegangenen Verflegkosten 140430,20 Mark.

Neuendorff (Bernburg).

---

463) **Marandon de Montyel** (Marseille): L'affaire Ménétrier. (Mordprocess Ménétier). (L'Encéphale 1888 Nro. 1.)

Der 24 jährige Schumacher M., intelligent und körperlich gesund zeigt seit dem 12. Jahre Neigung zu Delicten und Excessen, verbringt den grössten Theil seiner Militärdienstzeit im Arrest, führt später ein ausschweifendes Leben ohne je zu arbeiten, und gilt für gefährlich; nach der Ermordung und Beraubung einer alten Frau, deren Haus er nach der That ansteckte, verhaftet, erklärt er, er wüsste oft nicht was er thäte, in seinem Kopf ginge es wunderbar zu und zwar, seitdem er sich, vor 2 Monaten, mit einem Revolver zu erschiessen versucht hätte; er hatte in der That, geärgert durch die Ausschlagung einer von ihm gemachten Einladung, mit einem Revolver nach seinem Kopf geschossen; der Revolver war jedoch nur mit Pulver ohne Kugeln geladen. Auf seine Aussagen hin wurde M. der Anstalts-Beobachtung zugewiesen. In der Anstalt leugnete er anfangs die That, blieb bei der Behauptung, an Anfällen von Geistesstörung zu leiden, verhielt sich aber ganz correct, ruhig, war intelligent und fleissig.

Eines Tages gestand er plötzlich dem Anstaltsdirector seine Schuld, erzählte (übereinstimmend mit den actenmässigen Thatsachen) eingehend den Hergang des Verbrechens, und bekannte sofort zwei weitere Mordthaten, 5 Brandstiftungen, mehrere Nothzuchtsattentate und schwere Diebstähle, die er in den beiden vorhergehenden Jahren begangen hatte; diese Aussagen wiederholte er an demselben Tage vor dem Untersuchungsrichter; er wurde in das Gefängniss zurückgebracht, schrieb von dort aus an den Sachverständigen, klagte über neue Anfälle, verlangte in die Anstalt zurück und verweigerte 24 Stunden die Nahrung. Wieder in die Anstalt zurückgeschickt, blieb er 6 Wochen vollkommen normal, hier behauptete er die Leichen der drei von ihm ermordeten Frauen geschändet und auch mit Thieren, sogar mit Hennen den Coitus vollzogen zu haben; alle diese Thaten wären ihm in den Kopf gekommen und er hätte sie nicht unterdrücken können. Kurz darauf behauptet er, nachdem er einen Epileptiker in der Anstalts-Werkstatt kennen gelernt und beobachtet hatte, alle drei Thaten hätte er bewusstlos begangen, sie wären ihm erst später nach und nach eingefallen oder erzählt worden. Schliesslich suchte er heimlich die Fenstergitter seines Zimmers zu entfernen und wurde deshalb ins Gefängniss zurückgebracht. Es hatte sich inzwischen ergeben, dass M. einzelne der gebeichteten Verbrechen, darunter auch die sexuellen Attentate gegen Thiere, erfunden hatte.

Das Gutachten des Sachverständigen geht davon aus, dass in diesem Falle nur zwei Vermuthungen zu discutiren wären, die des impulsiven oder des moralischen Irreseins.

Beide wären auszuschliessen, denn die Beobachtungen in der Anstalt hätten ein ganz normales Verhalten ergeben, und den Verbrechen hätte jedesmal ein ausreichendes Motiv zu Grunde gelegen, die Noth des Angeklagten und die Absicht, die Mittel zur Existenz zu rauben.

K.

464) **J. D. Crothers** (Hartford, Conn.): Mental responsibility in inebriety. (Verantwortlichkeit Trunksüchtiger.)

(The Medical Record. 18. Februar 1888.)

Verf. erzählt kurz die Geschichte eines Periodisch-Trunksüchtigen, der in anscheinend nüchternem Zustande einen Menschen tödtet (wofür er gehenkt wurde) und schliesst seine an diesen Fall anknüpfende Betrachtung mit folgenden Sätzen:

1. Das Vermögen Recht und Unrecht zu unterscheiden, ist noch kein Beweis geistiger Gesundheit; nur die Fähigkeit oder Unfähigkeit sich selbst zu controliren und zu beherrschen ist der wahre Prüfstein für die Verantwortlichkeit.

2. Der Uebergenuss von Alcohol setzt eine Art Hirnparalyse mit Wahnvorstellungen und Hallucinationen, die sich oft nur durch sorgfältige Beobachtung entdecken lassen.

3. Die Abwesenheit aller hervorstechenden Symptome von Geisteskrankheit bei einem Trunkenbolde ist noch kein Beweis für seine geistige Gesundheit.

4. Die Neigung, den Alcohol fortgesetzt und bis zum Uebermass zu geniessen, zeigt eine Form der Manie an, nicht minder auch Verlust der Selbstcontrole und der Fähigkeit, die Natur und das Wesen der eigenen Handlungen richtig zu schätzen.

5. In allen solchen Fällen ist ein physisches Element vorhanden (vielleicht locale Paralyse oder sonstige Störungen in gewissen Hirncentren), zu dem vielleicht Verzückungs- und hypnotische Zustände (in Folge des alcoholischen Aethers?) sich gesellen, die das Opfer völlig der Vernunft und Verantwortlichkeit berauben.

6. Nur ein erschöpfendes Studium des gegebenen Falles in allen seinen Beziehungen u. s. w. kann Aufschluss geben, ob der Betreffende zur Verantwortung gezogen werden darf oder nicht.

Voigt (Oeynhausen).

III. Aus den Vereinen.

Société médico-psychologique zu Paris.

Sitzung vom 31. Oktober 1887. (Ann. méd. psycholog. 1888. Januar.)

465) **Ball**: *Un cas de morphinomanie se terminant brusquement par le mort. (Fall von Morphiumsucht mit plötzlichem Tod.)*

Bei einer 25jährigen Hysterica, welche seit Jahren und zwar zuletzt 1 grm. Morph. max. pro die subcutan gebraucht, trat nach der vollständigen plötzlichen Entziehung desselben am 3. Tage Collaps ein, welcher auf Morphium wieder schwand. Es wurde darauf eine allmählige Entziehung vorgenommen von 30 Centigramm ab um je 1 Centigramm täglich. Ausserdem erhielt sie gegen die Schlaflosigkeit Bromkali oder Chloral, gegen die Cirkulationsstörungen Spartein. sulf. Am 42. Tage war das Morphium vollständig weggelassen worden. Es

traten nur noch manchmal hysterische Attaquen auf und es bestand Neigung zu Synkope, die zweimal mit Morphium bekämpft wurde. 14 Tage darauf Collaps und trotz Morphium Tod. Es fand sich in den Organen, besonders in der Leber, eine bedeutende Menge Morphium. Es ist also noch tagelang nach der Abstinenz Morphium im Körper und die Anwesenheit desselben könnte durch eine Art Autointoxikation die Erscheinungen erklären, welche oft erst spät nach der Abstinenz auftreten. Praktisch wichtig ist, die Verabreichung herzstärkender Mittel längere Zeit nach der Entziehung fortzusetzen.

466) **J. Voisin**: *Suggestion, Autosuggestion et vivacité du souvenir dans le sommeil hypnotique. Action des médicaments à distance. Suppression momentanée des attaques hystéro-epileptiques et des vomissements nerveux:* (*Suggestion, Autosuggestion und Lebhaftigkeit der Erinnerung im hypnotischen Schlaf. Wirkung der Arzneien in die Ferne. Plötzliche Unterdrückung der hystero-epileptischen Attaquen und des Erbrechens.*)

Vortrag. ist gegenüber Bourru und Burot zu der Ueberzeugung gekommen (demonstrirt einen hierhergehörigen Fall), dass die Suggestion Autosuggestion und die Lebhaftigkeit des Erinnerungsvermögens im hypnotischen Zustande allein von Bedeutung sind zur Erklärung der von den genannten Autoren beobachteten Erscheinungen der sogenannten Fernwirkung von Medicamenten. An dem vorgeführten Fall liess sich schliesslich auch noch sehr schön die Wirkung der Suggestion auf die bestehenden Krampfanfälle und das Erbrechen beobachten. Die letzteren Erscheinungen liessen sich dadurch prompt zum Verschwinden bringen.

Sitzung vom 27. November 1887. (Ibidem.)

467) **Christian:** *De la période prédélirante de la paralysie générale. (Ueber die dem Ausbruch der Geistesstörung vorangehende Periode der allgemeinen Paralyse.)*

Nach den mitgetheilten zahlreichen Beobachtungen gehören hierher von Seiten der Augen Pupillendifferenz, progressive Sehnervenatrophie, Akkommodationsstörungen (Diplopie), Strabismus, Ptose etc. Die Lähmungserscheinungen treten bei anscheinender Gesundheit plötzlich auf, verschwinden rasch ohne Behandlung; in anderen Fällen zeigen sie wenigstens keine Neigung zu Verschlimmerung. Obgleich Syphilis bei einigen der mitgetheilten Fälle im Spiel ist, glaubt Vortrag., dass die genannten Erscheiuungen im Allgemeinen nicht damit in Zusammenhang stehen, sondern mit dem Prozess der Paralyse und zwar in ähnlicher Weise wie bei der Tabes. Ferner gehören von Seiten mehrerer Organe hierher gastrische Störungen, Gastralgien, welche manchmal der Verdacht auf schwere organische Magenleiden lenken können, langdauernde Diarrhoeen, Retentio oder Incontinentia urinae, Blasenschmerzen, Impotentia, Schmerzen in den Gliedern und Gelenken, Neuralgien, Schmerzen in der Brust, trophische Störungen, Mal perforant du pied und die sogenannten Ulcérations imaginaires de la langue.

Sie verschwinden z. Th. beim Ausbruch der paralytischen Geistesstörung und entsprechen den praeatactischen Erscheinungen der Tabes. Ueber das pathologisch-anatomische Substrat verbreitet Vortrag. sich nicht weiter.

In der *Discussion* fasst Ballet solche Fälle als Combinationen von Tabes und Paralyse auf, wogegen Christian daran festhält, dass die genannten Erscheinungen durch die Paralyse allein bedingt seien. Féré macht auf die hierhergehörigen Erscheinungen von Crises de courbature aufmerksam, welche aus anfallsweisem Auftreten von Unfähigkeit zu Bewegung und geistiger Thätigkeit von kürzerer Dauer bestehen.

468) **Ballet**: *Hallucinations anditives à la suite de trouble d'ouïe. (Gehörstäuschungen im Gefolge von Störungen des Gehörs.)*

B. beobachtete einen 38 jährigen Kranken, welcher nach einem Kummer in der Familie erst in dem linken dann auch in dem rechten Ohre Sausen bekam. Bald darauf traten Hallucinationen des Gehörs beiderseits auf. Anfangs waren es mehr vage Geräusche, später Stimmen seines Onkels und seiner Frau. Sie verfolgten ihn Schritt auf Schritt, waren drohend, befehlend und dauerten einige Stunden. Bevor sie sich einstellten, trat regelmässig Ohrensausen auf. Im Uebrigen war der Kranke sich über seinen Zustand im Klaren. B. fasst das Ohrensausen als die Gelengenheitsursache für das Auftreten der Hallucinationen bei dem von Natur nervösen Kranken auf.

Sitzung vom 26. December 1887. (Ann. méd. psycholog. 1888 März.)

469) **Mabille** (Lafond): *Note sur l'évolutions anatomo-pathologique de l'hématome de l'oreille. (Bemerkungen über die páthologisch-anatomische Entwicklung der Ohrblutgeschwulst.)*

Vortrag. kommt auf Grund von Untersuchungen über Haematome in verschiedenen Stadien entgegen der bisher herrschenden Ansicht zu dem Resultat, dass die betreffende Blutung nicht zwischen Knorpel und Knorpelhaut, sondern unter dem Unterhautzellgewebe — zwischen letzterem und der Knorpelhaut stattfindet.

Sitzung vom 30. Januar 1888. (Ibidem.)

470) **Ladume** (Génère): *Observation de somnambulisme hystérique avec dédoublement de la personnalité, guéri par la suggestion hypnotique. (Fall von hyst. Somnambulismus mit Verdoppelung der Persönlichkeit. Heilung durch Suggestion).*

Vortrag. theilt einen interessanten Fall von seit der Jugend bestehendem Somnambulismus bei einer 22 jährigen Hysterica mit, welche ausserdem Zustände von vollständiger Umwandlung ihrer Persönlichkeit (état second) darbot. Die Suggestion brachte die pathologischen Erscheinungen vor der Hand gänzlich zum Schwinden.

Otto (Dalldorf).

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig. Druck von **Philipp Werle** in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. **15. Juni 1888.** **Nro. 12.**

Inhalt.

I. Original-Vereinsberichte. I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Von Dr. Koenig in Dalldorf. **Siemerling**: Statistisches und Klinisches zur Paralyse der Frauen. **Oppenheim**: Zur Pathologie der Tabes dorsalis. II. Verein für innere Medicin in Berlin. Von Dr. **J. Ruhemann** in Berlin. **Senator**: Ueber multiple Neuritis und Myositis. III. Berliner Medicinische Gesellschaft. Von Dr. **J. Ruhemann** in Berlin. **Henoch**: Ueber Schädellücken im frühen Kindesalter.

II. Referate und Kritiken. **Marandon de Montyel**: Ueber das Gewicht der Hirnhemisphären bei Geisteskranken. **Fryling**: Fall von Porencephalis **Bastian**: Varietäten und Classification der Aphasie. **Arndt**: Zur Frage von der Localisation der Functionen der Grosshirnrinde. **Seguin**: Eine 2. klinische Untersuchungsreihe über Hemianopsie, Fälle von Läsionen des Chiasmas, Nachweis von hemiopischer Pupillenstarre. **Kast**: Sulfonal, ein neues Schlafmittel. **Rabbas**: Ueber die Wirkung des Sulfonals. **Buschan**: Ueber das Amylenhydrat (Hypnoticum). **Ritti**: Fall von Aethermissbrauch. **Mattison**: Cocaine Toxaemia. **Terrien**: Epilepsie und allgemeine Paralyse nach einem Trauma. **Baillarger**: Analogie der Symptome der pellagrösen und der allgemeinen Paralyse sowie Differentialdiagnose derselben. **Nasse**: Ueber die plötzliche Umbildung einer klinischen psychischen Krankheitsform in eine neue. **Wener**: Ueber die sogenannte psychische Contagion. **Van Deventer**: Psychische Behandlung der Psychosen **van der Chys**: Selbstmord durch Holzwolle.

III. Aus den Vereinen. I. Pathological Society of New-York. II. Clinical Society of London. III. Zwölfter Congress der Associazione Medica Italiana in Pavia 19.—25. September 1887.

I. Original-Vereinsberichte.

I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 14. Mai 1888.

Von Dr. Koenig in Dalldorf.

471) **Kronthal** demonstrirt vor der Tagesordnung das Rückenmark eines 62jähr. Mannes, welcher vor einem Jahre mit Schmerzen in den oberen und unteren Extremitäten erkrankte; später gesellten sich noch spastische Contracturen in den unteren Extremitäten hinzu; die Schmerzen steigerten sich, Enuresis und Incontinentia alvi traten auf; Patient ging dann an Decubitus zu Grunde.

Die am 12. Mai gemachte Section ergab folgendes: In der Höhe des 2. bis 4. Halsnerven sass ein Tumor von länglich ovaler Form 3 Ctm. lang, $1^1/_2$ Ctm. breit, der auf dem Durchschnitt weiss aussah und sich bei mikroskopischer Untersuchung als ein grosszelliges Spindelzellensarcom erwies, welches von der Dura mater ausging. Beim Einschneiden des Rückenmarkes zeigten sich unter diesem Tumor 3 bläschenförmige Höhlen; der linke Goll'sche Strang war ferner grau degenerirt; weiter unten auch der rechte und ebenso der Burdach-'sche; noch weiter unten sämmtliche Hinterstränge; hier fanden sich auch noch verschiedene Höhlen.

Westphal bemerkt, dass man ohne mikroskopische Untersuchung sich leicht täuschen könne in der Beurtheilung der Ausdehnung der grauen Degeneration, da diese oft auch vorhanden sei an Stellen, welche makroskopisch normal erschienen.

472) **Siemerling**: *Statistisches und Klinisches zur Paralyse der Frauen.*

An der Hand eines grossen Beobachtungsmateriales aus der Irrenabtheilung der Charité theilt Vortragender seine statistischen und klinischen Erhebungen mit. Nach den statistischen Zusammenstellungen (cf. Thomsen Charité-Annalen , XII. Jahrgang: Zur Statistik der Paralyse) verhält sich die Anzahl der an progressiver Paralyse erkrankten Frauen, welche im Zeitraum von 1879—1886 in der Charité Aufnahme gefunden haben, zu der Anzahl der wegen gleicher Erkrankung in derselben Zeit aufgenommenen Männer wie 1 : 3,3. Die Aufnahmebedürftigkeit der an progressiver Paralyse erkrankten Frauen aus den mittleren und unteren Ständen zeigt für die letzten Jahre seit 1880 im Vergleich mit der weiblichen Bevölkerungszunahme in Berlin eine Abnahme. Das prädisponirte Alter für die Paralyse der Frauen fällt in die Jahre zwischen 36 und 40. Der Ausbruch der Erkrankung und auch die Aufnahmebedürftigkeit fällt in den letzten Jahren von 1882—1886 mit einem jugendlicheren Alter zusammen, als dieses in den Jahren von 1877—1881 der Fall war.

Das grösste Contingent zur progressiven Paralyse stellen die Verheiratheten. Unter den Unverheiratheten sind die puellae publicae nur mit einem Prozentsatz von 6 betheiligt. Mehr als die puellae sind die femmes entretenues befallen.

Bezüglich der Aetiologie ergibt sich, dass bei der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (82; 54%) ätiologische Momente nachzuweisen sind. Unter diesen spielen weder die gehäuften oder schweren Entbindungen, noch Unregelmässigkeiten in der Menstruation, noch das Climacterium eine hervorragende Rolle. In erster Linie unter den veranlassenden Ursachen stehen Schädlichkeiten, welche ihre Begründung in ungünstigen socialen Verhältnissen, in dem erschwerten Kampfe um's Dasein finden. Erst nach diesen gruppiren sich die übrigen Momente, unter welchen die Lues und Heredität voranstehen. Unter den somatischen Symptomen hebt Vortragender die reflectorische Pupillenstarre und die Veränderungen der Kniephänomene, namentlich

das Westphal'sche Symptom hervor, weil diesen Symptomen als Frühsymptomen der Paralyse ein hoher diagnostischer Werth zufällt. Fehlende Pupillenreaction auf Licht fand sich in 64%. In Verbindung mit Westphal'schem Symptom in 25%. Fehlen der Kniephänomene war in 20% zu konstatiren.

Der klinische Verlauf der Paralyse, namentlich nach der psychischen Richtung hin, ist ganz derselbe als beim Manne, mit der Einschränkung, dass die Paralyse bei den Frauen im Grossen und Ganzen einen ruhigeren Verlauf nimmt (in Uebereinstimmung mit W. Sander und den übrigen Autoren). Das gewöhnliche klinische Krankheitsbild wird kurz skizzirt. Die Dauer des Verlaufes betrug in 101 Fällen, welche letal endigten, durchschnittlich $2^1/_2$ Jahr.

Diskussion: Jensen erwähnt, dass die weibliche Paralyse in Ostpreussen sehr selten sei (auf 219 Männer kamen 22 Frauen); die meisten Frauen erkrankten während des Climacteriums; was die Heredität anbetrifft, so ist ein Fall interessant, wo ein 22jähr. Mensch, dessen Vater und Grossvater paretisch waren, auch an Paralyse erkrankte.

Sander hat nach seinen Erfahrungen den Eindruck bekommen, dass die Paralyse bei den Frauen im Gegensatz zu den Resultaten Siemerling's in den letzten Jahren zugenommen hat.

Moeli ist überrascht, dass S. eine so kurze Krankheitsdauer herausbekommen hat; vielleicht sei dies dadurch bedingt, dass grade die Kranken, bei denen die Paralyse milder verläuft, der Beobachtung entzogen sind, weil sie öfter in die Familie entlassen werden. Ferner möchte er an den Vortragenden die Frage richten, ob er auch die Beobachtung gemacht hat, dass paralytische Frauen, ohne dass ein apoplectiformer Anfall vorausgegangen ist, in einen Zustand gerathen, welcher dem eines Deliranten gleicht; bei Männern kommen diese Zustände auch vor, aber viel seltener, die Kranken erholen sich oft nach diesen Anfällen.

Mendel möchte sich in Bezug auf die Häufigkeit der weiblichen Paralyse den Gedanken Sander's und Moeli's anschliessen. Was das Verhältniss der Lues zur Paralyse anbetrifft, so glaubt Mendel, dass die Zahl 11% sich steigern dürfte, wenn es möglich wäre, genauere Anamnesen zu bekommen. Ferner möchte er den Vortragenden fragen, ob ihm Fälle bekannt sind, wo Mann und Frau beide paralytisch geworden sind. Mendel besitzt bis jetzt 5 derartige Fälle; in sämmtlichen war Lues nachweisbar. Auch er legt einen besonderen Werth auf das Westphal'sche Zeichen als ein frühes Symptom.

Siemerling: Was die Dauer der Erkrankung anbetrifft, so glaubt S., dass der Einwand Moeli's berechtigt ist. Die Verwirrtheitszustände im Anfange der Paralyse hat er auch oft beobachtet. An der Abnahme der Paralyse hingegen müsste er nach seinen Erfahrungen, wenigstens was die letzten Jahre anbetrifft, festhalten. Die gleichzeitige Erkrankung bei Eheleuten ist ihm ebenfalls aus Erfahrung bekannt; darunter war ein Fall, in dem Lues eine Rolle spielte; die Frau war 60 Jahre alt.

Westphal bemerkt, dass auch er Fälle, wie die von Mendel angezogenen, beobachtet hat. Bei einem konnte Lues festgestellt werden.

B. stellt einen 26 jähr. Maurer vor, welcher am 16. Januar d. J. 2 Stock herunter auf die Nates gefallen ist, wobei er sich ausserdem noch eine unbedeutende Kopfverletzung zugezogen hatte. Kein Bewusstseinsverlust. Von dem Tage an konnte er Urin und Stuhl nicht mehr entleeren: er entleert den Urin mittelst Catheters. Psyche, Sinnesorgane. Hirnnerven und obere Extremitäten ganz intact. Kniephänomen, Bauch- und Cremasterreflexe vorhanden. In kurzer Zeit erholte sich Patient soweit, dass er das Bett verlassen konnte. Er ist jetzt im Stande, ziemlich weite Strecken, ohne zu ermüden, zurückzulegen; der Gang hat nichts abnormes. Bei der Untersuchung der Sensibilität, lässt sich eine anästhetische Zone konstatiren in der Umgebung des Anus; sie erstreckte sich auf den ganzen Penis, den Darm und die hinteren Partieen des Scrotums, während die Hoden selbst auf Druck empfindlich sind. Kirchhoff hat einen ähnlichen Fall mit Sectionsbefund in Westphal's Archiv, Bd. XV. veröffentlicht.

Man kann annehmen, dass das Centrum ano-vesicale dort, wo der 3. oder 4. Sacralnerv austritt, afficirt ist, in welcher Weise, darüber möchte B. keine bestimmte Meinung äussern. Ferner zeigt dieser Fall, dass das Centrum genitale getrennt liegen muss von dem Centrum ano-vesicale. Nachdem Patient nämlich in den ersten 14 Tagen nach dem Trauma keine Erectionen gehabt hatte, ist er jetzt im Stande, den Coitus zu vollziehen, hat auch die libido dazu; aber das Sperma bleibt in der Harnröhre und wird nicht ejaculirt; es fliesst dann langsam aus. Auch bei Tabeskranken kann man die Beobachtung machen, dass trotz schwerer Affection der Sphincteren der Coitus vollzogen wird.

473) **Oppenheim**: *Zur Pathologie der Tabes dorsalis.*

Meine heutigen Mittheilungen beziehen sich auf gewisse Bulbärsymptome der Tabes dorsalis und deren anatomische Grundlage. Sie bilden die Fortsetzung eines Vortrages, den ich unter dem Titel: „Ueber Vagus-Erkrankung im Verlauf der Tabes" im Jahre 1884 in dieser Gesellschaft zu halten die Ehre hatte und dessen Ergebnisse inzwischen durch die gemeinschaftlich mit Siemerling angestellten Untersuchungen erweitert worden sind. Indessen ist in den wenigen Jahren dieser Gegenstand so oft abgehandelt dass meine neuen, sich auf die Untersuchung von zwei klinisch und anatomisch-gründlich beobachteten Fällen stützenden Erfahrungen die bekannten Thatsachen nur in wenigen Punkten zu vervollständigen im Stande sind.

Das Hauptinteresse knüpft sich an den ersten Fall, dessen Krankheitsbild mehrfach zu kurzen Mittheilungen und klinischen Demonstrationen Anlass geboten. Krause hat in dieser Gesellschaft über den Kehlkopfbefund berichtet. Ich habe des Falles flüchtig Erwähnung gethan gelegentlich einer sich auf Larynxkrisen — und Stimmbandlähmung beziehenden Discussion in der Gesellschaft der Charité-Arzte, indem ich hervorhob dass die percutane, galvanische Reizung des Recurrens ohne Einfluss auf das Stimmband blieb. End-

lich habe ich im November 86 in der Gesellschaft der Charité-Aerzte die Kranke vorgestellt als einen Fall von Tabes dorsalis, in welchem neben gastrischen Anfällen und Larynxkrisen *krampfhafte Schlingbewegungen (Pharynxkrisen)* bestehen. Die letztere Störung war noch nicht beschrieben und erregte da sie leicht hervorgerufen und demonstrirt werden konnte, dass Interesse der Collegen. —

Ehe ich das Ergebniss der anatomischen Untersuchung mittheile, muss ich das Krankheitsbild kurz skizziren und diejenigen Symptome hervorheben, die ein besonderes Interesse beanspruchen.

Die 33 jährige Frau (aufgenommen d. 9. Septb. 85, gestorben im Nov. 1887) litt an vorgeschrittener Tabes: Ataxie in den unteren wie in den oberen Extremitäten, Harnbeschwerden, Sensibilitätsstörungen, Westphal'sches Zeichen, Spontanbewegungen und Mitbewegungen, Augenmuskellähmung, Myosis und Pupillenstarre.

Seit dem Beginn der Krankheit bestehen nun Symptome, welche auf eine Betheiligung des Quintus-Gebietes hindeuten, nämlich heftiger Kopfschmerz, Gesichtsschmerz und messerstichartige Schmerzen in der Zunge besonders links, Kriebeln vornehmlich um die Oeffnungen der Augen, der Nase und des Mundes herum sowie Gefühl von Geschwollensein im Mund und an der Zunge. Das Kauen sehr erschwert: angeblich bleiben die Speisen lange im Munde und Pat. weiss nicht wo sie hängen bleiben. Gefühl des Abgestorbenseins am Zahnfleisch. Druck und Brennen in den Augen. Diesen Parästhesien im Quintus-Gebiet entsprach der folgende objective Befund: Es wurden in beiden Gesichtshälften alle Reize wahrgenommen, doch in rechter Stirngegend sowie auf Mund- und Zungenschleimhaut rechts die Nadelstiche nicht so intensiv als links, — indessen war das Ergebniss der Untersuchung zu verschiedenen Zeiten ein wechselndes Gegenstände wurden im Munde erkannt. Ich versuchte das Kiefermuskelgefühl zu prüfen, indem ich Korke von verschiedener Grösse zwischen die Zahnreihen steckte und mir die Grössenunterschiede angeben liess — aber ohne bestimmtes Resultat.

Im Verlaufe der Beobachtung trat noch eine hiehergehörige Erscheinung ein, die mich zuerst frappirte. Es bildeten sich nämlich zuweilen an der Mund und Zungenschleimhaut rechterseits *Aetzschorfe*: kleine und grössere weisse Flecke als habe man diesen Stellen das Gewebe oberflächlich mit einem Lapisstift geätzt. Nun es handelte sich in der That um eine Höllensteinätzung, Patientin erhielt nämlich argentum nitreum in Dosen von 1 Centigr. in Pillenform und behielt dieselben, weil sie nicht anders konnte und wusste, so lange im Munde, bis sie sich gelöst hatten — mit dem Aussetzen der Pillen, blieben die Schorfe weg. Ich bin der Meinung, dass die Störung im Quintusgebiet die Grundbedingung legte für diese Einwirkung des Höllensteins, da sich bei andern Pat. die die Pillen im Munde behielten, bis sie sich lösten, derartige Aetzwirkungen nicht eintraten. Der Geschmack blieb erhalten. Patientin brachte, auf Geheiss, die *Zunge* hervorzustrecken, dieselbe nicht über die Zahnreihe hinweg weil sie mit der Spitze hinter den Zähnen hängen blieb, sobald sie aber im *Spiegel*

die Bewegung controlirte, brachte sie die Zunge gerade und vollständig hervor.

Nun möchte ich Ihre Aufmerksamkeit auf eine andere Gruppe von Symptomen lenken: Schon seit Beginn ihrer Krankheit leidet Pat. an krampfhaften Brech- und Hustenanfällen. Ausserdem fiel eine Beschleunigung der Pulsfrequenz auf. Die Stimme war heiser, rauh — die ersten Worte kommen zuweilen geflüstert hervor. Bei tiefer Inspiration hörte man ein stridorartiges Geräusch. Herr Professor Krause, der die Pat. in laryngolog. Hinsicht häufig und eingehend untersucht hat, hatte die Güte mir folgende Notizen zur Verfügung zu stellen. „Befund vom 15. Sept. 1885. Rechtes Stimmband in Medianstellung unbeweglich, linkes in der Excursionsfähigkeit nur behindert und zwar so, dass es bei der Auswärtsbewegung sich nur 2—3 Mm. von der Medianlinie entfernt. Es besteht haufiger Reiz zum Räuspern ohne entzündliche Schleimhautaffection, Schluckreiz und dadurch verursachte Schlingbewegungen.

3. November. Beide Stimmbänder in Median-Stellung nur der linke Aryknorpel zeigt noch geringe Beweglichkeit. Nachts Anfälle von Dyspnoe.

18. Nov. Rechtes Stimmband zeigt wieder ganz geringe Beweglichkeit.

11. Febr. 1886. Stimmbänder excavirt (Schwund des Thyreo-arytaenoid. int.) Sensibilität der Laryn-Schleimhaut erhalten, dagegen besteht völliges Erloschensein der Reflex-Erregbarkeit. Die gleichen Erscheinungen zeigt die Nasenschleimhaut (Pat. giebt an, dass sie seit vielen Jahren nicht niesen könne).

Hinzuzufügen bleibt nur, dass die von mir, sowie später von Krause und mir wiederholentlich vorgenommene electrisch-*galvanische* Reizung der Recurrentes ohne jeden Effect blieb: die Stimmbänder rührten sich nicht.

Die Kranke hatte dauernd über *Schlingbeschwerden* zu klagen. Feste Speisen brachte sie gar nicht herunter, Flüssiges nur sehr mühsam, weil es theilweise durch die Nase zurückkam, anderseits leicht zum Verschlucken und Hustenanfälle Anlass gab.

Das Gaumensegel hob sich beim Phoniren nur mangelhaft.

Besondere Beachtung verdient nun folgende Erscheinung: Von Zeit zu Zeit traten wahre *Schlingkrämpfe* auf. Spontan stellten sich Schlingbewegungen in so schneller Folge ein, dass 24 bis 32 auf die Minute kamen, dabei vernahm man glucksende Geräusche, konnte die Erscheinung aber besonders an dem Auf- und Niedersteigen des Kehlkopfes verfolgen. Ein solcher Anfall hatte eine Dauer von circa 10 Minuten, währte aber auch event. mit kurzen Unterbrechungen bis zu einer halben Stunde. Wenn wir die Bezeichnung Krisen acceptiren, würden wir also von Pharynx-Krisen sprechen können.

Diese Anfälle traten nun spontan auf oder wurden durch Verschlucken eingeleitet oder endlich sie liessen sich ganz prompt auslösen durch

einen *Druck* auf eine druckschmerzhafte Stelle, welche sich am Innenrande des Sternocleidomastoideus zwischen diesem und dem Kehlkopf fand.

Durch Cocaineinpinselung konnten die Schlingkrämpfe zeitweise gemildert werden.

Cucullaris und Sternocleidomastoideus boten nichts Abnormes.

Schliesslich mag noch erwähnt werden, dass durch einen Druck auf die Phrenicus-Gegend die Athmung in eigenthümlicher Weise modificirt werden konnte. Es stellte sich nämlich ein Anfall von Dyspnoe ein.

Es kamen jetzt 20—32 Athemzüge auf die Minute, die Inspiration vertieft aus langgezogen mit starker Hebung des Brustkorbs. Das Exspiriren ebenfalls forcirt mit starker Contraction der Bauchmuskeln, dabei blieb der Athemtypus regelmässig und die Pulsfrequenz unverändert.

Die Autopsie ergab makroscopisch gut ausgeprägte Hinterstrangdegeneration, ausserdem erschienen beide Trigemini und besonders die Vagus- und Glossopharyngeuswurzeln grau, ebenso der linke Medianus.

Die mikroscopische Prüfung führte zu folgendem Resultat: Beträchtliche Degeneration der Hinterstränge, die auch im Halstheil die Burdach'schen wie die Goll'schen Stränge betrifft. Diese Entartung erstreckt sich bis in die Kerne der zarten und Keilstränge.

In der Oblongata finden sich noch folgende Anomalien: die aufsteigende Quintus-Wurzel ist in ihrem ganzen Verlauf also bis in die Höhe des austretenden Quintus beiderseits stark entartet, man sieht nur noch ganz vereinzelte markhaltige Nervenfasern. In den nach Weigert's Methode gefärbten Querschnitten (Demonstration) sieht man schon mit blossem Auge, dass die sonst intensiv-schwarzen Halbmonde ein hellgelbes Aussehen haben. An der absteigenden Wurzel und dem motorischen Kern nichts Abnormes.

Was nun die Vagus-Glossopharyngeus-Accessorius-Gruppe anlangt so ist folgendes mit Bestimmtheit zu erkennen: Die Atrophie des Solitärbündels, das sog. Respirationsbündel in ganzer Ausdehnung, d. h. schon in der Höhe der Pyramiden-Kreuzung deutlich und soweit zu verfolgen, als der Solitärbündel überhaupt reicht, nämlich bis zur Höhe des Acusticus. Auch diese Veränderung ist in gefärbten Präparaten schon makroskopisch deutlich.

Der spinale und bulbäre Accessoriuskern zeigt keine in die Augen springende Anomalien: vielleicht sind im letzteren die Zellen nicht ganz so zahlreich und schön ausgeprägt, wie in normalen Vergleichspräparaten, vielleicht das Grundgewebe ein wenig verdichtet und ärmer an Nervenfasern, doch lässt sich bei der Geringfügigkeit dieser Veränderungen nichts bestimmtes aussagen.

Für *gesund* muss ich den eigentlichen, hinteren *Vagus-Kern* erklären, er unterscheidet sich in keiner Hinsicht vom normalen. Dagegen sind die Vagus- und Glossopharyngeus-*Wurzeln* in der Oblongata

also dort, wo sie zunächst unter der Quintuswurzel, dann durch dieselbe hindurchziehen, ziemlich stark entartet.

Die Wurzeln dieser Nerven, die gleich frisch vom verlängerten Mark abgetrennt und nach Osmiumsäure-Härtung untersucht waren, zeigten einen beträchtlichen Grad von Atrophie.

Es war geboten, auch die peripherischen *Zweige* dieser Nerven zu untersuchen. Am *Vagusstamm* (vom Halse) war die Degeneration recht ausgesprochen.

Ganz besonders betroffen sind aber die *Laryngei recurrentes*, ich habe die in die Kehlkopfmuskulatur eintretende Zweige untersucht und wie Sie sich an den Präparaten überzeugen können, sieht man nur noch ganz vereinzelte markhaltige Fasern auf dem Querschnitt. Sehr beachtenswerth ist die starke Wucherung des Epi- und Perineuriums, die auf eine *Perineuritis* hinweist. Der *Laryngeus recurrens;* verhält sich normal.

Ein Schleimhautzweig des Glossopharyngeus aus der Rachengegend zeigte beträchtliche Degeneration.

Von den Kehlkopfmuskeln fiel besonders der Crico-arythenoid postic. durch seine Blässe und Abmagerung auf, dem entsprach der mikroskopische Befund, welcher starke Verschmälerung der Primitivfasern, Verlust der Querstreifung in vielen sowie körnigen und hyalinen Zerfall ergab. Weit geringer ist die Atrophie der Thyreo-arythen. int. und endlich gar nicht verändert ist der Crico-thyreoideus.

Das Interesse dieses Falles liegt wohl wesentlich in der sich auf den Vagus, Glossopharyngeus und Accessorius beziehende Symtomatologie und den entsprechenden anatomischen Befunden.

Es handelt sich um Pulsbeschleunigung, gastrischen Krisen, Kehlkopfkrisen, Schlingbeschwerden, Gaumensegelparese, endlich um krampfhafte Schlingbewegungen.

Es liegt nun schon eine Anzahl, zum Theil recht sorgfältig erhobener anatomischer Befunde vor, die aber trotz der Verwandtschaft oder selbst Gleichartigkeit der klinischen Erscheinungen untereinander nicht harmoniren.

In einem Theil derselben wurden Veränderungen am eigentlichen Vaguskern gefunden, in einem anderen Veränderungen, die sich ausschliesslich auf die Nervenzweige beschränken, wie zuerst von mir, dann von Krause gezeigt wurde; hier sehen wir eine totale Atrophie der sogenannten aufsteigenden Wurzel des gemischten Systemes, bei guter Beschaffenheit der Kerne und daneben eine sehr schwere Erkrankung der betr. peripherischen Nerven.

Eine Atrophie des Solitärbündels bei Tabes wurde bereits in einem Falle Hayem erwähnt, dann existirt eine solche Beobachtung von Ross in welcher aber ausserdem der Vaguskern grösstentheils betroffen war und eine besonders werthvolle von Eisenlohr.

Auf die zahlreichen klinischen Beobachtungen der Neuzeit, wie die von Krause, Landgraf, Küssner, Wegner, Weil, Fränkel etc. näher einzugehen, ist hier nicht der Ort.

Eine literarische Notiz habe ich noch zu berücksichtigen, dass

nämlich Jean in einem Falle von Tabes auch von „spasmodischen Contractionen“ der Schlingmuskeln spricht, die im Moment des Schluckens eintreten, also eine Erscheinung, die wenigstens eine gewisse Beziehung zu der von mir geschilderten hat.

Es ist gewiss recht lehrreich zu sehen, wie in einem Fall von Tabes gerade die beiden aus dem Rückenmark aufsteigenden langen Wurzeln (die des Quintus und des gemischten Systems) von der Degeneration ergriffen werden.

Auf die Quintus-Symptome komme ich zurück nach Besprechung des zweiten Falles. Dieser bietet ein seltenes Symptom: *Ataxie* der Gesichtsmuskulatur deren anatomische Grundlage von dem Herrn Vorsitzenden dieses Vereins aufgefunden worden ist.

Der 56 jährige Mann, der etwa 30 Jahre vor seiner gegenwärtigen Erkrankung eine specifische Infection überstanden, will erst seit Beginn des Jahres 1887 leidend sein. Er hat über Schwäche in den Extremitäten, Schwindelgefühl, Harnbeschwerden und Doppelsehen zu klagen.

Seit 10 Tagen hat er das Gefühl, als sei das Gesicht ganz starr und eine enge Gummibinde fest über den Kopf gezogen. Seit der Zeit ist auch das Kauen und Schlucken erschwert und er hat das Gefühl als ob er die Zunge nicht recht bewegen könne.

Bei der Aufnahme findet sich eine Lähmung des linken, eine Parese des rechten Oculomotorius in allen Zweigen, beide Pupillen etwas eng, Reaction auf Licht erhalten, aber gering, Ataxie und Schwäche in den unteren wie in den oberen Extremitäten. Westphal'sches Zeichen etc. Besonders hervorzuheben sind nun die folgenden Erscheinungen: Er klagt dauernd über ein *Gefühl vom Strammsein im Gesicht* und *Kiefern*, durch welches er im *Kauen* wie im *Schlucken* behindert sei. Die Prüfung ergiebt zunächst, dass alle Reize im Gesicht, gut wahrgenommen werden, dass dagegen das *Schmerzgefühl* auf *Mund-*, *Zungen-* und *Kieferschleimhaut völlig aufgehoben ist.* Die Kraft der Kiefermuskulatur ist in normaler Weise erhalten, auch die Zungen-Beweglichkeit frei.

Der Kranke war aufgenommen im September. — Mitte November tritt eine andere Erscheinung hinzu: beim *Sprechen sind die Bewegungen* der *Lippen-*, *Zungen-* und *Kiefermuskulatur excessiv*, namentlich wird der Unterkiefer beim Sprechen in eigenthümlicher Weise nach den Seiten und weit nach vorn geschoben. Die Sprache ist dadurch undeutlich.

Eine Prüfung des sog. Muskelgefühls an den Kiefermuskeln ergibt nichts Abnormes. Pat. weiss ziemlich genau anzugeben, wie weit er den Mund geöffnet hält, ob er schwach oder stark zubeisst etc.

Die Ataxie der Mund-, Zungen- und Kieferbewegungen beim Sprechen nimmt nun immer mehr zu, so dass die Sprache bald unverständlich wird. Wird Pat. aufgefordert, die Zunge hervorzustrecken, so bleibt sie bei den ersten Versuchen hinter den Zähnen.— Wir hatten die Diagnose Tabes dorsalis mit Betheiligung der Seitenstränge also: com-

binirte Erkrankung der Hinter- und Seitenstränge des Rückenmarkes gestellt und in Rücksicht auf die Rigidität der Gefühle sowie auf das Bestehen von Schwindelanfällen und Hinter-Kopfschmerz ausserdem eine starke Atheromatose der basalen Hirnarterien angenommen. Die Autopsie bestätigte zunächst die Annahme der Atheromatose, wies ferner einen kleinen Erweichungsherd im linken Kreisenhügel nach.

Was aber das *Rückenmark* anlangt, so war merkwürdiger Weise im frischen Zustande in den Hintersträngen nichts zu sehen; nur glaubte der Obducent im obern Theil des rechten Seitenstranges eine diffuse Graufärbung wahrzunehmen.

Anders das Resultat der mikroskopischen Prüfung: diese zeigte eine exquisite Hinterstrangdegeneration mit Betheiligung beider Fasersysteme durch das ganze Rückenmark, eine starke Atrophie der hinteren Wurzeln, ferner einen von dem gewöhnlichen Bilde ganz abweichenden Befund, nämlich eine *enorme Gefässwucherung* in den *Rückenmarkswurzeln*, besonders in den hinteren. (Demonstration.) Ferner von besonderen Anomalien: Hinaufreichen der Degeneration bis in die Corpora restiformia, die im hohen Grade atrophirt sind. *Die aufsteigende Trigeminuswurzel ist nun in ihrer ganzen Ausdehnung fast vollständig entartet.*

Störungen im Quintusgebiet im Verlauf der Tabes sind sehr häufig beobachtet worden, schon von Duchenne. Die klinische Seite ist besonders eingehend studirt von Pierret, den ersten anatomischen Befund hat Westphal erhoben, dann folgte Westphal mit neuen Beobachtungen, Démange u. A.

Sehr interessant ist die grosse Manigfaltigkeit von Krankheitserscheinungen die auf diese Entartung der aufsteigenden Wurzel zurückzuführen; Parästhesieen der verschiedensten Art im Gesicht und auf den Schleimhäuten oder wie in unserem ersten Falle besonders um die Gesichtsöffnungen herum, Gefühl des Strammseins, der Erstarrung, Schmerzen, Neuralgie, Hemikranie, Behinderung des Kauens, nicht durch motorische Schwäche, sondern durch Gefühlsstörung bedingt, wie in unsern beiden Fällen, ebenso Erschwerung der Zungenbeweglichkeit auf sensibler Grundlage (bei Controle im Spiegel schwindet die Störung). Als ein weiteres ziemlich seltenes Symptom ist die Ataxie zu nennen. Ferner das Ausfallen der Zähne, über dessen Beziehung zur Tabes wohl kaum noch gestritten werden darf.

Westphal sah Keratitis neuroparalytica, ich beobachtete Herpes und Stomatitis. Geschmacksstörung wird nur ausnahmsweise constatirt.

Merkwürdig ist in unserem zweiten Falle die Erscheinung, dass die objectiv nachweisbare Anästhesie sich auf die Schleimhäute beschränkte.

Da die Wurzel in ganzer Höhenausdehnung betroffen wird, muss man die Manigfaltigkeit der Erscheinungen auf das Ergriffensein bald dieser, bald jener Fasergattung des Querschnitts beziehen.

II. Verein für innere Medicin in Berlin.

Sitzung vom 7. und 28. Mai 1888.

Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

474) **Senator:** *Ueber multiple Neuritis und Myositis.*

27 j. *Phthisiker* zeigt paralytische Contractur der Füsse, atrophische Muskulatur der Beine, Beeinträchtigung der Schmerzlokalisation und des Muskelsinnes, Fehlen der Kniephänomene. An den Armen sind die Muskeln ebenfalls schlecht genährt, die Parese erstreckt sich auf die Fingerextensoren und die Interossei externi. Die Sehnenreflexe an den Oberextremitäten sowie Bauchreflexe sind erhalten. Druck auf die Nervenstämme ist schmerzhaft. Puls 130—140, Herabsetzung der galvanischen und faradischen Erregbarkeit der Muskeln. Tod unter phthisischer Auflösung.

Es findet sich parenchymatöse und interstitielle Neuritis: körniger Zerfall und Schwund einzelner Nervenfasern, Wucherung der Neurilemmkerne und des interstitiellen Gewebes. Im Biceps lässt sich streckenweise, besonders aber im Gastroknemius, Vermehrung der gewöhnlichen stäbchenförmigen Kerne, der grossen ovalen mit grobkörnigem Protroplasma versehenen und der kleinen blutzellengrossen Kerne nachweisen. Starke Hyperämie. Die Interstitien sind vergrössert, die Muskelfasern verschmälert. Muskelkernwucherung, hier und da reichliche Pigmentablagerungen. Tuberkelbacillen liessen sich in Muskeln und Nerven nicht nachweisen. Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete auf frische Myositis interstitialis.

32 j. *Landwirth* erkrankt nach Gemüthsbewegung unter Erbrechen, Durchfall und Fieber. Es zeigt sich starke Cyanose und Hyperdrosis sowie Hinfälligkeit. Pat. kann sich im Bette nicht aufrichten. Die Beinmuskulatur ist schlaff und atrophisch, Kniephänomen fehlt. Druck auf die Muskeln erzeugt Schmerz; die Nervenstämme sind anfangs auf Druck nicht empfindlich werden es aber im weiteren Verlaufe der Krankheit. Keine Störung der Sensibilität und der Visceralreflexe. Fieber verschwand bald. Herabsetzung der galvanischen und faradischen Erregbarkeit der Muskeln, Andeutung von Entartungsreaction. Später Beeinträchtigung der Hautempfindlichkeit. Besserung in 3 Monaten.

Muskelstücke aus den Waden excidirt zeigten Verbreiterung der Interstitien durch Hyperaemie und Kernvermehrung, Verschmälerung und Atrophie der Fasern, die reichlich gelbes Pigment enthielten. Ausserdem constatirte S. eine bisher nicht mitgetheilte Thatsache, das Vorkommen von Mastzellen in den Muskeln, theils im interstitiellen Gewebe theils im Sarkoleum. Ob in diesem Falle auch Neuritis bestand, ist fraglich.

Nach Neuritis ist das Vorkommen von degenerativer Muskelatrophie nichts seltenes, wohl aber das Auftreten von acuter interstitieller Myositis; dagegen sind interstitielle Veränderungen beobachtet bei Alcohol-, Blei- und chronischer Neuritis. Die Frage ob die Myositis primär da ist oder mit der Neuritis gleichzeitig von derselben

Schädlichkeit bedingt oder secundär von Affectionen des Nervensystems abhängig ist, bleibt offen.

In der Discussion (vom 28. Mai) berichtet Lilienfeld einen Fall von Polyneuritis mit Verworrenheit und Amnesie, bei welchem sich beträchtliche Schwellung der Gelenke ohne Druckschmerz besonders aber Auftreibung der Epiphysen des r. Radius und d. r. Ulna, der Condylen des r. Oberschenkels zeigten. Es bestanden Knötcheneruptionen an den Flexorensehnen, Verdickung und Verkürzung der Fascia palmaris. Die Knochen-, Sehnen- und Gelenkaffectionen schwanden gleichzeitig mit dem Nachlasse der Lähmungssymptome.

Wetzold bespricht 2 Fälle von Polymyositis mit deutlichem aetiologischen Befunde. Der eine entstand am 3. Tage des Puerperium und verlief in wenigen Tagen letal, der andere in der 7. Woche im Anschlusse an leichte Parametritis: In dem zur Section gelangenden Falle fand sich acute interstitielle Myositis mit abscedirendem Charakter und einfache Atrophie der Muskeln. Streptococcen nachgewiesen. W. meint die Aetiologie in einer Bakterienembolie zu sehen.

Leyden betont das Vorkommen von myositischen Affectionen bei atrophischen Vorgängen im Rückenmark.

Rosenheim fand Mastzellen in Muskeln und Nerven bei einer in 17 Tagen letal verlaufenden acuten infectiösen Neuritis, aber keine Bakterien; er ist der Ansicht, dass chemische Toxinen die Entwicklung der Nervenentzündung herbeiführten z. B. Stoffwechselprodukte der Tuberkelbacillen.

Leyden demonstrirt das Rückenmark einer in den 30 Jahren befindlichen Gravida, welche bei totaler Paralyse der unteren Extremitäten und Parese der Arme, Erloschensein der Reflexerregbarkeit der unteren Körperhälfte zeigte: Schmerzhafte Reize lösten von Seite der Bauchhaut u. s. w. gar keine Zuckungen aus. Sie starb durch Compression des Rückenmarkes, welche von dem syphilitisch zerstörten und bei geringem Anlasse brechenden III. Halswirbel ausgeübt wurde. Wider Erwarten fanden sich nur vereinzelt kleine myelitische Herde und Randdegeneration in dem Cervicalmark bei Intaktheit des übrigen Rückenmarkes und bei Fehlen secundärer Degenerationen.

III. Berliner Medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 30. Mai 1888.

Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

475) **Henoch:** *Ueber Schädellücken im frühen Kindesalter.*

Bei einem 5 monatlichem Kinde fand sich auf der unteren Hälfte des rechten Scheidelbeins eine nierengrosse, prallelastische, durchscheinende, von einem scharfen Knochenrande umsäumte Geschwulst, welche sich unter zunehmender Macies des Kindes entwickelte. Der durchscheinende Tumor, der durch eine Einsenkung in einen vorderen grösseren und hinteren kleineren Abschnitt zerfiel, konnte durch Compression verkleinert werden und nahm beim Schreien des Kindes an Spannung und Grösse zu. Die Haut liess sich über der Geschwulst verschieben.

Eine Probepunction entleerte bernsteingelbe Flüssigkeit, die sehr viel Eiweiss aber kein Zucker enthielt. 2 mal wiederholte Punktionen mit nachfolgender Jodinjection bewirkten vorübergehende Verkleinerung der Geschwulst. Krämpfe waren nie beobachtet. Das Kind starb im Collaps.

Die Section gab an der Stelle der Geschwulst einen bedeutenden Schädeldefect, welcher durch eine Membran geschlossen und von dem Pericranium und der Galea bedeckt wurde. Die Dura und Pia, welche theils frisches, theils älteres Blutextravasat enthielten, waren mit der Lücke verwachsen. Oberhalb des Knochendefekts und symmetrisch auf der andern Schädelhälfte fanden sich zwei grosse Knochenimpressionen. Von der Lücke aus verbreitete sich derbe, bindegewebige Stränge durch die Gehirnmasse bis zum Hinterhaupt.

Ein 3monatliches Mädchen, welches seit 2 Monaten an Convulsionen litt, zeigte auf dem rechten Seitenwandbein eine flache, weiche Geschwulst, in deren Tiefe man eine grosse Knochenlücke constatiren konnte. Die Probepunction entleerte reines Blut. Tod unter Bronchitis'schen Erscheinungen, Diarrhoeen, hohem Fieber (40,2 C.) im Collaps. Die Section ergab eine 6 cm. lange und 3 cm. breite Knochenlücke auf dem rechten os parietale, welche durch eine mit den Gehirnhäuten verwachsene gelb pigmentirte Membran ausgefüllt war. Von dieser gingen derbe knochenharte Stränge durch das Gehirn bis in das Centrum semiovale und bis zum Corpus striatum.

Trotz mangelhafter anamnestischer Angaben nimmt Henoch ein Trauma als Ursache der Defecte an: zünächst wäre eine Knochenfissur entstanden, durch welche die Dura und Pia sich durchgezwängt hätten und Liquor cerebrospinalis ausgetreten wäre; aber zum Zustandekommen einer so grossen Menge von Flüssigkeit wie sich in der Geschwulst des ersten Kindes fand, mussten auch die subarachnoidalen Räume vielleicht auch durch Gehirnspaltung die Ventrikel geöffnet gewesen sein, und der reiche Gehalt an Eiweiss in der Geschwulstflüssigkeit wäre durch entzündliches Exsudat der Gehirnhäute zu erklären. (Meningocele spuria traumatica). Durch Knochenresorption und Druck von innen her seien aus den Fissuren die Defecte entstanden, während die Impression und das vorhandene Blut die traumatische Aetiologie erwiesen. Interessant wäre noch die durch die Läsion gesetzte Encephalitis interstitialis chronica.

Liman glaubt nicht, dass aus Fissuren der Schädeldecke so beträchtliche Knochenlücken durch Druckwirkungen entstehen könnten.

II. Referate und Kritiken.

476) **Marandon de Montyel** (Marseille): Contribution à l'étude du poids des hémisphères cérébraux chez les aliénés. (Ueber das Gewicht der Hirnhemisphären bei Geisteskranken.)

(Ann. méd. psycholog. 1887 November.)

Während Luys 1881 das Uebergewicht der rechten Grosshirnhemisphäre über die linke bei Geisteskranken und ein umgekehrtes

Verhältniss bei Geistesgesunden konstatirt hatte, kam Verf. auf Grund zahlreicher eigener und fremder Wägungen zu folgenden Resultaten:

1) Ungleichheit der Grosshirnhemisphären ist in der Regel bei allen Geisteskrankheiten vorhanden.

2) Bei den functionellen Psychosen ist die rechte Hemisphäre schwerer als die linke, umgekehrt ist es bei allgemeiner Paralyse, weil hier die Veränderungen hauptsächlich in der rechten Hemisphäre getroffen werden.

3) Ein Einfluss des Geschlechtes hinsichtlich der Differenzen der Hemisphäre ist nicht vorhanden.

4) Die Gewichtsunterschiede bei den Geisteskranken erreichen oft beträchtliche Grössen.

5) Am geringsten bei functionellen Störungen steigen sie bei allgemeiner Paralyse und Idiotie, um bei der Epilepsie ihren Höhepunkt zu erreichen.

6) Bezüglich der Bestimmung des Einflusses des Lebensalters sind nur Gehirne von Leuten in Betracht zu ziehen, die unter 60 Jahren zur Zeit des Todes waren, um nicht bei functionellen Psychosen zu durch das Senium bedingten fehlerhaften Resultaten zu kommen.

7) Das Uebergewicht der rechten über die linke Hemisphäre ist bei den functionellen Störungen propotional dem Alter des Kranken.

8) Die bedeutendsten Unterschiede finden sich bei functionellen Störungen im Senium.

Auf Grund einer Zusammenstellung von Hemisphärenwägungen bei Geistesgesunden kommt Verf. zu dem Resultate, dass die rechte Hemisphäre im Allgemeinen schwerer als die linke ist.

9) Die Differenzen bei Geistesgesunden sind geringer als bei Geisteskranken.

Weitere Wägungen bei Geistesgesunden sind wünschenswerth.

Otto (Dalldorf).

---

477) **Fryling** (Medemblik): Een geval van porencephalie. (Fall von Porencephalis.) (Psychiatr. Bladen. VI. 1.)

17jähriger Idiot, blind, fortwährende Dreh- und Schüttelbewegungen des Kopfs; gut articulirte, rein imitative Sprache; kaut die Speisen nicht, lässt die Faeces und Urin laufen. Arme ziemlich atrophisch, ohne Contracturen; kein Plantar- und Kniereflex, Hautgefühl ohne gröbere Störungen, untere Extremitäten in Hüft- und Kniegelenk rechtwinklig contrahirt. Mit 18 Jahren Tod an Phthise.

Section: Auf der Convexität des Hirns beiderseits ziemlich symmetrisch ein bedeutender Defect des Scheitel- und Hinterlappens, dessen Boden eine dicke Bindegewebsmembran bildet. Centralwindungen beiderseits fast ganz, Paracentral- und Parietalwindungen ganz verschwuden; links keine Spur von Occipitalwindungen, rechts die zweite und dritte Occipitalwindung vorhanden, aber stark verschmälert. Die Hemisphären bedecken nur einen geringen Theil des Kleinhirns. Der Boden des

Defects ist durch eine dünne Lage Marksubstanz noch ganz von den Seitenventrikeln getrennt. Hirngewisht 960 gr., Schädellänge 17,5 cm, Breite 14 cm.

Der Defect hat beiderseits birnförmige Gestalt, den Stiel nach vorn gedacht. Hirnhäute ungetrübt. F. nimmt an, dass ein im ersten Lebensjahre bestehender langwieriger eklamptischer Zustand Circulationsstörungen verursacht habe, denen Necrose und Resorption des nekrotischen Gewebes folgte. Kundrat fand in 31 von 41 Fällen porencephalische Idiotie.

Leider ist die Frage einer absteigenden Degeneration von F. nicht berührt, der Hirnstamm ist nicht einmal makroscopisch beschrieben. Kurella (Ahrweiler).

478) **Bastian** (London): On different kinds of aphasia. (Varietäten und Classification der Aphasie.) (London 1887. 28 S.)

Bastian erörtert in sehr interessanter und origineller Weise die Aphasie von dem Standpuncte aus, dass die sogen. motorischen Centren der Hirnrinde sensorischer Natur, Sitz der Bewegungs-Empfindungen, resp. Vorstellungen, nach seinem Ausdruck *kinaesthetische* Centren sind. Bei der Analyse aphasischer Symptome will er zwischen Defecten der *Erinnerung* (Fähigkeit der Reproduction im Gedächtniss vorhandener Eindrücke) und des *Gedächtnisses* selbst (Vorrath, retentum von Eindrücken ausserhalb des Bewusstseins). *Erinnerung* wäre an einen Associationsreiz gebunden, und könnte durch Unterbrechung von Associationsfasern Lücken zeigen, ohne einen entsprechenden Defect im Gedächtniss, oder durch verringerte Erregbarkeit der Aufbewahrungsstätten des „retentum“. Für Defecte beider Art schlägt er den terminus „Amnesie“ vor. B. unterscheidet nun auditives, visuelles und kinaesthetisches Gedächtniss mit ihren respectiven Centren — unter Trennung von glosso-kinaesthetischem und cheirokinaesthetischem Centrum, für die verschiedenen Acte des Vorlesens, Schreibens und freien Sprechens. Den Impuls für das letztere lässt er stets im auditiven Centrum entstehen und durch Associationsfasern auf das „glosso-kinaesthetische“ Centrum übergehen.

Die verschiedenen Associationsbündel unterscheidet er als „visuo-auditive“, „audito-visuelle“, „visuo-kinaesthetische“ Commissuren; directe Association zwischen dem visuellen und glosso-kinaesthetischen Wortcentrum sowie zwischen dem auditiven und cheirokinaesthetischen Centrum (letztere für das Schreiben nach Dictat) erklärt er für ungewöhnlich.

Nach dieser Anffassung wären nun alle Sprachstörungen bei corticalen Läsionen sensorischer Natur. Als „reine Aphasie“ bezeichnet B. Störungen nach Läsion des glosso-kinaesthetischen Centrums; der Denkprocess wäre am meisten bei Worttaubheit gestört; im Wort-Hörcentrum denkt sich B. das abstracte Denken ablaufen, und bekämpft die von Charcot, Kussmaul und Lichtheim vertretene Theorie eines „Centrum für die Conception von Ideen“. Bei aphasischen Leitungsstörungen will er zwischen Laesionen von Fasern, die sensorische Centren ver-

knüpfen („commissuralen“ Fasern) und solchen von „internuntialen“ Fasern (die sensorischen mit motorischen Centren verbinden streng geschieden wissen. Eine dieser Formen, Laesion der „audito-glossokinästhetischen Commissur“ müsse ganz dasselbe Bild geben, wie eine entsprechende Laesion des Broca'schen Centrums, während bei motorischer Natur des Broca'schen Centrums die Commissuren-Unterbrechung Worttaubheit erwarten lassen müsse. Eine Entscheidung dieses Dilemmas stehe noch aus. Laesion der „internuntialen“ Fasern bezeichnet B. als „*Aphemie*“ und theilt einen Fall mit (ohne Sectionsbefund) bei dem er annimmt, dass die langsame Wiederherstellung der Sprache durch Einübung einer Leitungsbahn von dem linken zum rechten Broca'schen Centrum, und von letzterem zu den motorischen Kernen des Bulbus bedingt war. Als Anarthrie will er Störungen durch Affectionen der Bulbär-Kerne bezeichnen.

Schliesslich giebt er für die Hauptformen der Sprachstörungen folgende Tabelle.

I. Corticale Laesionen.

1.) Läsionen oder Defecte in Wort-Centren.

A. Hörcentrum.

a. Einfache Amnesie (durch functionelle Störung).

1.) Freier Vortrag gestört.

2.) Nur das Nachsprechen und Vorlesen erhalten.

b. Worttaubheit und Aphasie. 3.) Worttaubheit und complete Aphasie nach totaler Zerstörung des Centrums.

B. Sehcentrum.

4.) Wortblindheit und Aphasie.

C. Glosso-kinaesthetisches Centrum.

5.) Typische Aphasie.

D. Cheiro-kinaesthetisches Centrum. 6.) Agraphie.

2.) Laesionen oder Defecte der Commissuren zw. Wortcentren.

E. Der audito-visuellen Commissur. 7.) Commissurale Aphasie.

F. Der visuo-auditiven Commissur. 8.) Commissurale Aphasie.

G. Audito-kinaesthetische Commissur. 9.) Typische .Aphasie.

H. Visuo-kinaesthetische Commissur. 10.) Agraphie

II. Subcorticale Laesionen.

1.) Laesionen in internuntialen Fasern. 11.) Aphemie.

2.) Laesionen motorischer Centren.

a. Bulbär-Centren. 12.) Anarthrie.

b. Spinale Centren für das Schreiben. — Keine besondere klinische Form.

K.

---

479) **Arndt** (Greifswald): Zur Frage von der Localisation der Functionen der Grosshirnrinde. (Berl. klin. Wochenschrift, 1888. Nro. 8.)

(Schluss.)

Hinsichtlich des Gesichtssinns ändert sich zunächst nichts. Für's Erste ist und bleibt W. blind. Andere Sensibilitätsstörungen, ausgenommen schmerzhafte Gefühle in und an der Wunde sind jedoch

nicht zu bemerken. Das Gehör ist unversehrt; Geruch und Geschmack sind unversehrt; desgleichen das Gefühl, wie am ganzen übrigen Körper so auch an den unteren Extremitäten. Nach ungefähr 3 Wochen stellt sich das Sehvermögen ein; allein erst nach Entfernung eines grösseren Knochenstückes aus der Wunde, das drückend auf das Gehirn und damit hemmend oder lähmend eingewirkt zu haben scheint, lernt der Mann allmählig, doch im Ganzen rasch, wieder ordentlich sehen und zugleich auch stehen und gehen. Die einwirkende Gewalt, das verletzende Shrapnellstück, hat nicht dauernde Veränderungen herbeigeführt, wie im vorigen Falle, sondern nur vorübergehende, die einer Rückbildung zur Norm noch fähig waren.

Getroffen von diesen Veränderungen aber waren hauptsächlich erstens wieder das Scheitelläppchen, wenn auch nur in seinen hinteren Abschnitten, und zweitens des Gyrus angularis, ein Theil des Gyrus supramarginalis, sowie überhaupt die Umgebung des Sulcus interparietalis. Abhängig von jener ist der Verlust des Vermögens zu stehen und zu gehen: also ganz wie im vorigen Falle. Aber während in diesem, wo mehr der vordere Antheil des Scheitelläppchens in Betracht kam, auch die sonstigen Bewegungen der unteren Extremitäten zunächst vernichtet waren und später noch immer wenigstens stark beeinträchtigt sich zeigten, waren im letzteren Falle selbige wohl erhalten und konnten in der Rückenlage sammt und sonders ausgeführt werden. Die Scheitelläppchen stehen zu den willkührlichen Bewegungen der unteren Extremitäten in offenbarer Beziehung; aber dieselben, namentlich die Gangbewegungen und selbst das dazu nothwendige Stehen scheinen in der That mehr, wie beim vorigen Fall erörtert worden ist, von seinem vorderen oberen Antheile, dem sogenannten vorderen Scheitelläppchen abzuhängen, als von irgend einer der übrigen Partien desselben. Von den Veränderungen im Gyrus supramarginalis und angularis oder der Umgebung des Sulcus interparietalis überhaupt dagegen scheint abzuhängen der Verlust des Gesichts, die Blindheit. Denn nach allen einschlägigen Erfahrungen steht diese Gegend mit dem eigentlichen Sehen in nächstem Zusammenhang, und der vorliegende Fall liefert dazu nur noch einen Beweis mehr. In den Gyris supramarginalis, angularis, sowie der Umgebung des Sulcus interparietalis schlechtweg ist darum der Ort zu suchen, wo die von der Peripherie heranziehenden Opticusfasern in die Grosshirnrinde eintreten und das Sehen vermitteln.

Interessant ist, dass die einseitige Verletzung doppelseitige Störungen im Gefolge hat. In Bezug auf das Gesicht, das Sehen, ist das bekannt. Einseitige Verletzungen, Erkrankungen der sogenannten Sehregion im Grosshirn, d. i. eben der Umgebung des Sulcus interparietalis, hat stets doppelseitige Gesichts- oder Sehstörungen im Gefolge. Wilbrand. (Die Seelenblindheit als Herdsymptom u. s. w., Wiesbaden 1887) erklärt das damit, dass jeder Punkt der Sehregion mit zwei identischen Punkten der entsprechenden gleichnamigen Netzhauthälften verbunden, nicht aber, dass, wie die gewöhnliche Annahme ist, in jeder Sehregion zwei getrennte Felder für die bezüglichen gleichnamigen Netzhautstellen vorhanden seien. Rein-

hard (Zur Frage der Hirnlocalisation u. s. w., Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh., Bd. XVIII.) stimmt ihm bei, und mir scheint das ebenfalls sehr wahrscheinlich zu sein. Wie aber mit den Bewegungsstörungen der unteren Extremitäten? Wie sind diese als doppelseitige von der einseitigen Hirnverletzung her zu erklären? Schon im vorigen Falle B. war mir bei genauerer Durchlesung der Krankengeschichte aufgefallen, dass die vorzugsweise linksseitige Verletzung gleichstarke doppelseitige Wirkungen gehabt hatte; allein das liess sich noch immer damit erklären, dass die fragliche Verletzung, wenn auch weniger umfangreich und vielleicht auch weniger stark, so doch immer noch auf die entsprechende Gegend der rechten Hirnhälfte sich ausgedehnt hatte. Wie indessen hier, wo die betreffende Verletzung sich ganz entschieden nur auf die rechte Seite beschränkt hatte? Ich unterlasse jeden Erklärungsversuch und erlaube mir nur auf die Thatsache als eine sicher festgestellte hinzuweisen.

Sehr merkwürdig zeigt sich sodann die Rückkehr der zerstörten Functionen. Sowie das betreffende Knochenstück, das wohl auf das darunter liegende mehr oder minder geschwollene Gehirn einen lähmenden Druck ausgeübt hatte, entfernt worden war, kehrt mit stetiger Zunahme des Coordinationsvermögens in den unteren Extremitäten, das vorzugsweise gelitten hatte, die Fähigkeit zu stehen und gehen zurück, stellt sich gleichzeitig auch in energischer Weise die allerdings bereits wieder erwachte, doch noch immer sehr schwache Sehkraft wieder her.

Zuerst kann W. offenbar nur hell und dunkel unterscheiden. Er erkennt Formen, aber nur in sehr vager, unbestimmter und, wohl auch bald mehr, bald weniger verzerrter Weise. Er verkennt und verwechselt deshalb die Gegenstände, sieht z. B. einen Schlüssel für einen Kugel- oder Propfenzieher an, und das Alles, weil wahrscheinlich noch einzelne Punkte der Sehregion nicht energisch genug functioniren, um alle in Betracht kommenden einwirkenden Reize in entsprechender Weise zum Ausdruck gelangen zu lassen. Der Umstand, dass nach einiger Zeit der Uebung die Sehkraft überhaupt wieder erlischt, also leicht Ermüdung, beziehungsweise Erlahmung eintritt, spricht nur dafür. Hämostatische, beziehentlich hämodynamische Verhältnisse möchte ich wenigstens nicht verantwortlich dafür machen, wie das gewöhnlich geschieht. Danach endlich stellt sich nun auch das Vermögen, Farben zu unterscheiden, wieder ein, anfangs ebenfalls nur in sehr schwacher, unbestimmter Weise und nach kurzer Zeit der Uebung wieder verschwindend, allmählig jedoch erstarkend und bleibend. Willbrand ist der Meinung, dass die Elemente der Lichtunterscheidung kurzweg, also die, durch welche wir zunächst nur hell und dunkel unterscheiden, zu innerst der Hirnrinde liegen, also etwa in der dritten Köllikerschen Schicht, dass die der Farbenunterscheidung in der Mitte, also etwa in der zweiten Köllikerschen Schicht sich befinden, und die des räumlichen Sehens, durch welche die Formen bestimmt werden, zu äusserst gelagert seien, also in der ersten Köllikerschen Schicht. Reinhardt ist geneigt, dem beizustimmen. Allein beruht das Formensehen nur auf dem rein räumlichen Sehen, dem Raumsinn in der eigent-

lichen Bedeutung des Wortes? Spielt nicht hell und dunkel, Licht und Schatten, wie zumal Abbildungen lehren, dabei eine Hauptrolle? Und das Farbensehen, ist das nicht vielleicht blos der Ausdruck der höchsten, wenigstens zur Zeit höchsten Entwickelung des Sehvermögens überhaupt, weil die nämlichen Elemente im Laufe der Zeit befähigt worden sind, die verschiedenen Schwingungen des Aethers in ihrer Eigenart auf- und damit wahrzunehmen? Es kann jeder selbst Entsprechendes an sich erfahren. Das Sehen an und für sich, das Unterscheiden von hell und dunkel, wie man zu sagen pflegt, das blosse Formensehen, oder Sehen grau in grau, endlich das Färbensehen, das scheint mir nicht durch räumliche Verschiedenheiten in der Anordnung der Licht empfindenden Elemente bedingt zu sein, sondern lediglich durch die Energie, mit welcher das Licht auf diese Elemente einwirkt, zu Stande zu kommen. Man denke nur einerseits an die Einflüsse der Dämmerung, einer schlechten Beleuchtung überhaupt, andererseits an Leute mit asthenopischen Zuständen und deren Gegentheil!

Im Weiteren heben wir noch hervor, dass im vorliegenden Falle ebensowenig wie im vorigen, Sensibilitätsstörungen in den lahmen Beinen nachzuweisen waren. Es geht daraus hervor, dass die Empfindungen ganz wo anders zn Stande kommen, als die bezüglichen willkürlichen Bewegungen. Aber wo? Der Fall giebt ebensowenig wie der vorige darüber Aufschluss; doch scheint die Convexität der Hirnoberfläche nicht gerade der Ort zu sein, wo wenigstens cutane Gefühle zur Auslösung gebracht worden. Die bezüglichen Angaben, wenn auch nur vermuthungsweise ausgesprochen, dürften danach zu berichtigen sein.

Endlich machen wir noch auf die Verziehungen des Gesichts und im Gesichte nach links, sowie den epileptischen Anfall aufmerksam, dessen am Schlusse der Krankengeschichte Erwähnung geschehen ist. Sie beide dürften als Reizerscheinungen aufzufassen sein, welche durch das vom prolabirten Gehirn überwallte Knochenstück über der Sehregion und den Druck, den dieses auf jene ausübte, hervorgerufen wurden. Die ersteren waren mehr chronischer Natur, Ausdruck der anhaltenden Reizung durch das fragliche Knochenstück. Der letztere der entschieden in die Kategorie der sogenannten Rindenepilepsie gehörte, trat in die Erscheinung, als der Versuch gemacht wurde, selbiges zu entfernen und dabei eine ganz acute, noch stärkere Reizung der erkrankten Sehregion herbeigeführt wurde. Leider ist dieser epileptische Anfall in seinen Einzelheiten nicht genauer beobachtet worden; aber er, wie auch jene mehr chronischen Motilitätsstörungen dürften immerhin dafür Zeugniss ablegen, dass von jedem Theile der Hirnrinde aus motorische Vorgänge und ihre Aequivalente eingeleitet werden können. Wenn auch die einzelnen Bewegungsvorgänge oder ihre Aequivalente von einzelnen Punkten aus gewissermassen in die Erscheinung projicirt werden, so ist doch damit nicht gesagt, dass sie auch da ihre alleinige Entstehung, beziehungsweise Veranlassung haben. Die Ursachen dazu können vielmehr ganz wo anders liegen, an ganz entfernten Gegenden einwirken".

480) **Seguin** (New-York): A second clinical study of hemianopsia. Cases of Chiasm-lesions. Demonstration of hemiopic pupillary inaction. (Eine 2. klinische Untersuchungsreihe über Hemianopsie, Fälle von Läsionen des Chiasmas, Nachweis von hemiopischer Pupillenstarre.)

(The journal of nerv. and ment. dis. Novbr. u. Dezbr. 1887. p. 721.)

Verf. referirt zunächst über 3 Fälle von Hemianopsie:

Fall I. Verlust des Sehvermögens im linken Auge; temporale Hemianopsie des rechten Auges. Vollständige Atrophie des linken nervus opticus; partielle des rechten. Keine anderen cerebralen Symptome. Hemiopische Pupillenstarre. Auf Lichteinfall in das linke Auge trat gar keine Reaction ein; auf Lichteinfall in das rechte Auge contrahirten sich beide Pupillen. Die verticale Trennungslinie ist nach aussen vom Fixationspunkt.

Verf. glaubte eine Affection des Chiasmas annehmen zu dürfen, welche sich auf beide Bündel des linken Sehnerven, und auf das gekreuzte Bündel des rechten erstreckte. Dass der Herd im peripherischen oder basalen Theil des Sehapparates seinen Sitz hatte, konnte man auf Grund der mangelnden Lichtreaction der linken Pupille und der hochgradigen Atrophie der Papille annehmen.

Liess man auf dem rechten Auge das Licht von der nasalen Seite, also der Seite des erhaltenen Sehfeldes einfallen, so trat vollständige Lichtreaction beider Pupillen ein; lies man aber das Licht in einem Winkel von 60^0 von der temporalen Seite einfallen, so zeigt sich so gut wie keine Reaction rechts wie links.

Bei einer späteren in gleicher Weise ausgeführten Untersuchung trat gar keine Reaction ein. Beide Pupillen reagirten auf Convergenz.

Fall II. Partielle Blindheit mit deutlicher Atrophie beider Pupillen. Bitemporale Hemianopsie, und Ausfall des oberen nasalen Quadranten des linken Gesichtsfeldes. Keine weiteren cerebralen Symptome; hemiopische Pupillenstarre des rechten Auges.

Es lässt sich annehmen, dass der Herd beide fascic. cruciati sowie die basale oder untere Hälfte des fascic. lateralis des linken Auges ergriffen hatte.

Fall III. Fast vollständiger Verlust des Sehvermögens auf dem rechten Auge; temporale Hemianopsie des linken Auges; partielle Atrophie beider Sehnerven. Deutliche hemiopische Pupillenstarre des linken Auges. Keine weiteren cerebralen Symptome.

Herd sitzt wahrscheinlich im Chiasma, hat beide fasciculi cruciati sowie den grössten Theil des rechten fasciculus lateralis ergriffen.

Das interessanteste Moment in diesen Fällen ist die hemiopische Pupillenstarre. (cf. Wernicke, Fortschritte der Medicin. I. Heft, 2, 1883.) Der Reflexbogen kann an verschiedenen Stellen unterbrochen werden.

1) Kann die Retina theilweise oder ganz für Lichtreiz insensibel werden durch eine locale Affection oder neuritische Degeneration.

2) Kann die leitende centripetale Bahn (nervioptica) durch eine Läsion unterbrochen sein.

Zu dieser Categorie gehören die obigen 3 Fälle.

3) Das Centrum für den Reflexact in den vorderen Vierhügeln kann erkrankt sein.

4) Die leitenden centrifugalen Bahnen (oculomotorius und nervi ciliares) oder der Kern des Oculomotorius können afficirt sein.

5) Endlich kann das motorische Endorgan, die Iris selbst in Mitleidenschaft bezogen sein.

Die Untersuchung auf hemiopische Pupillenstarre nimmt S. in folgender Weise vor:

Der zu Untersuchende befindet sich in einem dunkeln Zimmer, die Lampe in der bekannten Stellung; Patient muss nach der gegenüber liegenden Wand blicken. Dann wird durch einen Planspiegel schwaches Licht in das Auge geworfen, um die Grösse der Pupille festzusetzen. Mit der anderen Hand wird nun concentrirtes Licht mittelst des Augenspiegels erst in das Centrum des Auges geworfen, dann von beiden Seiten, von oben und von unten.

Das Constatiren der hemiopischen Pupillenstarre ist von grosser diagnostischer Bedeutung.

Zum Schluss sucht S. eine Reihe diagnostischer Regeln für die verschiedenen Formen der Hemianopsie aufzustellen, welche sich vielleicht von practischem Nutzen erweisen dürften.

I. Categorie: Ausfall einer Gesichtsfeldhälfte oder eines Quadranten, ohne andere cerebrale Symptome.

1) Homogene oder laterale Hemianopie: der Herd sitzt im Cuneus oder dem Tractus opticus der den verdunkelten Gesichtsfeldhälften entgegengesetzten Hemisphäre.

a) Ist die Läsion central, so erscheinen die n. optici bei der ophthalmoskopischen Untersuchung normal; centrale Sehschärfe und Pupillenreaction sind unverändert; es müsste sich denn um einen sehr grossen Tumor handeln, in welchem Falle Neuro-retinitis und nach längerer Dauer der Krankheit auch Amaurose und Pupillenstarre sich einstellen können. Niemals ist hemiopische Pupillenstarre beobachtet worden.

b) Ist der Tractus opticus ergriffen, so findet sich schon in einem frühen Stadium der Krankheit hemiopische Pupillenstarre und partielle Sehnervenatrophie. In einem späteren Stadium der Krankheit kann sich doppelseitige Neuroretinitis mit nachfolgender Atrophie. Amaurose und Pupillenstarre einstellen.

c) Homonymer Ausfall eines Quadranten.

Wenn z. B. der untere laterale Quadrant ausfiele, so würde die Erkrankung nur die basale Hälfte des Cuneus der entgegengesetzten Hemisphäre betreffen. Die Pupillenreaction wäre intact.

2) *Heteronyme Hemianopsie;* bei dieser findet sich gewöhnlich hemiopische Pupillenstarre und Atrophie beider Sehnerven.

a) Bitemporale Hemianopsie beider Augen: der Herd sitzt im medialen Theil des Chiasmas, sodass er beide fasciculi cruciati zerstören kann.

α) Temporale H. auf einem Auge und totaler Verlust des Seh-

vermögens mit Atrophie des Sehnerven und Pupillenstarre auf dem andern Auge: Herd im Chiasma, hat beide fasciculi cruciati und einen fasciculus lateralis zerstört. (cf. Fall I.)

β) Laterale H. des einen Auges und Ausfall 3 Quadranten des andern Auges: Herd im Chiasma, hat beide fasciculi cr. und die ventrale oder dorsale Hälfte des andern fasciculus lateralis zerstört. (cf. Fall II.)

γ) Laterale H. des einen Auges; auf dem andern Ausfall der oberen Hälfte, oder eines Quadranten, oder eines Theiles desselben: Gewöhnlich ist die Affection eine infiltrirende, welche die Bündel des Chiasmas und der n. optici in unregelmässiger Weise ergriffen hat.

b) Binasale H., ist sehr selten. Auch hier müsste sich hemiopische Pupillenstarre und Atrophie der Sehnerven finden. Der Herd sitzt so, dass er beide fasciculi laterales ergreift. In dem Knapp-'schen Falle (Brown-Séquard und Seguin's Archives of scientific & practical medicine, Novbr. 1873, p. 308) comprimirten die verkalkten Carotiden die Seiten des Chiasmas.

c) Obere oder untere H.; gewöhnlich eine Folge von Embolie einer der Hauptäste der A. centralis retinae.

d) Monoculäre H. irgend welcher Art ist eine Folge einer Affection der Sehnerven vor dem Chiasma, oder einer Affection auf einer Seite des Chiasma's. Ohne Sehnervenatrophie wird die Ursache innerhalb des Auges zu suchen sein.

e) Es finden sich endlich noch einige Fälle, wo die Form der H. verschiedentlich wechseln; diese sind nicht aufgeklärt.

II) *Kategorie*: Ausfall einer Gesichtsfeldhälfte oder eines Quadranten in Verbindung mit anderweitigen cerebralen Symptomen.

1) Laterale oder homonyme H.

a) Mit Hemianästhesie und choreiformen oder atactischen Bewegungen der einen Körperhälfte ohne deutliche Hemiplegie: Herd sitzt wahrscheinlich im hinteren, seitlichen Theile des Thalamus oder im hinteren Drittel der inneren Kapsel der den Gesichtsfelddefecten entgegengesetzten Seite.

b) Laterale H. mit completer Hemiplegie und Hemianästhesie: Herd wahrscheinlich im hinteren Drittel und Knie der Kapsel.

c) Laterale H. mit Hemiplegie bez. Aphasie und ohne Anästhesie: Wahrscheinlich durch eine Rindenaffection in der motor. Zone. (cf. C. Westphal's Fall. Charité-Annalen VIII. p. 466. 1882.)

d) Laterale H. mit leichter Hemiparese: wahrscheinlich ist der (lobul. parietalis inferior und der gyrus angularis mit der darunterliegenden weissen Substanz ergriffen.

e) Ueber laterale H. mit Symptomen, die auf einen Sitz des Leidens in dem corpus geniculatum lat. und corp. quadrig. ant. schliessen liessen, wissen wir nichts.

f) Laterale H. mit hemiopischer Pupillenstarre und mit gekreuzter Hemiplegie würde auf eine Erkrankung an der Gehirnbasis, am crus cerebri, hindeuten.

2) Heteronyme H.

a) binasale H. mit Lähmung sämmtlicher motorischen und sensiblen Nerven beider Augen würde auf einen Herd schliessen lassen, welcher das Chiasma von beiden Seiten einschliessend, die Kreuzungsfasern intact lassend, lateralwärts sich ausbreitete.

b) Bitemporale H. auf einem Auge, Amaurose auf dem andern mit Lähmung eines Theiles oder aller Nerven, welche in die Orbita des erblindeten Auges eintreten, würde auf einen Herd hindeuten, der seitwärts vom Chiasma die Orbitalnerven ergriffen hätte, ferner den Opticus selbst und $^3/_4$ des Chiasmas (wie in Fall I).

c) Bitemporale H. könnte man sich endlich complizirt denken mit ein- oder doppelseitiger Anosmie; es würde das auf einen Herd schliessen lassen der im medio-frontalen Theil des Chiasma's sitze, und sich frontalwärts auf das Dach der Orbita erstreckte.

Bei a und c würde hemiopische Pupillenstarre mit partieller Atrophie beider Optici,

bei b hem. Pupillenstarre des einen Auges und Verlust der directen Pupillenreaction auf dem andern Auge zu erwarten sein.

Koenig (Dalldorf).

---

481) **A. Kast**: Sulfonal, ein neues Schlafmittel.

(Berl. klin. Wochenschr. 1888 Nro. 16.)

Aus der Reihe der organischen in Bezug auf hypnotische Wirkung noch viele Ausbeute versprechenden Körpern scheint das von E. Baumann im Jahre 1886 dargestellte und von Kast an Thier und Mensch erprobte Sulfonal wohl einer Einbürgerung in die Serie der Hypnotica werth zu sein. Es ist ein vollkommen geruch- und geschmackloser, in Wasser (1:100) schwer löslicher, krystallinischer Körper, das Oxidationsprodukt der Verbindung des Aethylmercaptans mit Aceton, Dyaethylsulfon-Dimethyl-Methan, $(CH)_3)_2 = C = (SO_2\ C_2\ H_5)_2$ Versuche an Hunden ergaben, dass 2 Grm. S. nach Verlauf einer halben bis dreiviertel Stunde ataktische Störungen der Hinterextremitäten, später der Vorderbeine hervorriefen und nach einem Rauschstadium ruhigen Schlaf erzeugten.

In Dosen von 2—3 Grm. wurde bei gesunden ein gewisses Ermüdungsgefühl mit Abstumpfung gegen äussere Eindrücke, nicht so häufig fester Schlaf hervorgebracht.

An 60 Kranken wurden mehr als 300 Einzelbeobachtungen gemacht in Fällen von nervöser Schlaflosigkeit, bei cerebraler Ueberregbarkeit durch organische Hirnläsionen, bei seniler Agrypnie, febriler Schlaflosigkeit in acuten Krankheiten, bei Delirien, bei Herzkranken, bei welchen Circulationsstörungen die Ursache der Schlaflosigkeit bildeten, bei Phthisikern, wo Husten oder Athemnoth die Nachtruhe raubten, bei Paralysis agitans.

Mit Ausnahme eines Falles von heftigen Delirien trat nach Dosen von 2—3 Grm. S. — bei Frauen genügten auch Dosen von 1 Grm.—, innerhalb einer halben bis 2 Stunden, ruhiger, fester, erquickender Schlaf von 5—8 Stunden ohne nachträgliche Mattigkeit auf. Puls und Respiration zeigten keine Veränderung, Verdauungs-

störungen, Ataxie und Muskelunruhe wurden nicht beobachtet. Gewöhnung an das Mittel liess sich nicht constatiren.

Versuche an Hunden ergaben selbst nach Einverleibung grosser Gaben keine Erniedrigung des Blutdruckes (v. Kries). Dasselbe liess sich auch an Menschen, die unter der Einwirkung von 2—4 Grm. S. schliefen, durch die Gastachometrie von Kries nachweisen, woraus die Gefahrlosigkeit des Mittels für Herzkranke erhellt. Veränderungen des Blutes konnten weder spectroskopisch noch mikroskopisch nachgewiesen werden. Locale schädliche Einwirkungen auf den Magendarmkanal wurden nicht beobachtet.

Die Dosirung kann in Oblaten oder in wässeriger Aufschwemmung geschehen. Geisteskranken wird das Mittel zweckmässig mit der Nahrung gereicht, falls sie es ohne ihr Wissen einnehmen sollen.

Das Sulfonal wird in Form einer Sulfosäure im Harne ausgeschieden; eine characteristische Reaction des S. existirt nicht. Andere Disulfone ähnlicher Structur zeigten theils ausgezeichnete hypnotische Wirksamheit freilich mit schweren Alterationen der Herzthätigkeit theils heftige Intoxicationserscheinungen (Convulsionen oder langdauernde Bewegungsstörungen) theils gar keine physiologische Action.

Das Sulfonal stellt demnach aus der Reihe der ihm verwandten Körper das allein pharmakologisch werthvolle Agens dar und verdient unter den Schlafmitteln deswegen eine hervorragende Stelle, weil es nicht durch Betäubung Schlaf erzwingt sondern das normale periodische Schlafbedürfniss unterstützt und da, wo es fehlt, hervorruft.

J. Ruhemann (Berlin).

---

482) **H. Rabbas** (aus der psychiatr. Klinik zu Marburg i. H.): Ueber die Wirkung des Sulfonals. (Berl. klin. Wochenschr. 1888. Nro. 17.)

R. wandte das Sulfonal in wässriger Lösung als Schlafmittel bei Manie, Melancholie, hysterischer Seelenstörung, Dementia paralytica, periodischer Melancholie, bei epileptischer und cyklischer Seelenstörung u. s. w. an und fand, dass es in Dosen von 2—3 Grm. sicherer und besser wirkt als Amylenhydrat und Paraldehyd in grösseren Gaben; auch bei Leuten, die an Narcoticis gewöhnt sind. Chloralhydrat führt allerdings schneller Schlaf herbei, derselbe ist aber nicht so lange anhaltend als auf Sulfonal. Bei längerer Verabreichung scheint ein Steigen in der Dosis nicht erforderlich zu sein. Der meist nach $^1/_2$ Stunde, seltener nach 1—2 Stunden eintretende Schlaf dauert ununterbrochen 6—8 Stunden an. Appetit, Verdauung, Respiration und Herzaktion werden durch Sulfonal nicht schädlich beeinflusst.

Ruhemann (Berlin).

---

483) **Georg Buschan** (Heilanstalt Leubus): Ueber das Amylenhydrat (Hypnoticum.) (Berl. klin. Wochenschr. 1888. Nro. 12.)

Verf. bestätigt die günstigen Wirkungen des Amylenhydrats, von dem er in 79,3% der Fälle ein befriedigendes Resultat sah. Bei Manie und Melancholie bewährte es sich in Bezug auf seine hypnoti-

sche Wirkung vorzüglich, ebenso bei Paralyse der Männer, während es bei Paralyse der Weiber trotz grosser Dosen (6 Grm.), in Stich liess. Bei subcutaner Injection in alkoholischer Lösung (0,75 Grm.), wobei keine Abscesse an den Einstichstellen entstanden, beobachtete er prompte Wirkungen. Bei Selbstversuchen, in denen Verf. 3 bis 7 Grm. in steigender Dose einnahm, fühlte Verf. die specifische Wirkung des A. in 10 Minuten, in welcher Zeit sich maximale Mydriasis einstellte und der Puls um 10 bis 35 Schläge in der Minute beschleunigt, gespannt und fast dikrot wurde. Ruhemann (Berlin).

---

484) **Ritti** (Charenton): Un cas d'éthéromanie. (Fall von Aethermissbrauch.) (Ann. méd. psycholog. 1888 Januar.)

Eine 45 jährige, den besseren Ständen angehörige, nervöse (hereditäre Belastung) Dame nahm im 22. Jahre wegen Ausbleiben der Regeln und Ohnmachtsanfällen auf ärztliche Verordnung Aether in Syrup und gewöhnte sich daran während vier Monaten immer grössere Quantitäten davon täglich zu consumiren. Im 42. Jahre wurde ihr wegen Metrorrhagien, Anaemie, Ohnmachtsanfällen und Gastralgien Aether zum Inhaliren verordnet und sie stieg mit den Dosen bald so, dass sie häufig Erscheinungen von Trunkenheit bot. Dazu trat allmählich eine Veränderung ihres ganzen Wesens, sie wurde reizbar, verlor die früheren Interressen und hatte sich überall zu beklagen. Nach den Inhalationen war sie meist heiter und oft in einem solchen Zustande von Trunkenheit, dass sie auf der Strasse umherirrte etc. Um sich den Aether zu beschaffen, dessen Menge bis zu 215 gr. pro die stieg, verkaufte sie Werthgegenstände und kam schliesslich zum Betteln. Nach 4 jährigem Gebrauche des Aethers kam sie in Folge dess zur Anstalt. Entziehung. Nach einigen Monaten gelegentlich eines Urlaubs ein Rückfall. Nach der später erfolgenden Entlassung hat sie sich gut gehalten. Otto (Dalldorf).

---

485) **J. B. Mattison** (Brooklyn, N.-Y.): Cocaine Toxaemia. (The Therap. Gazette. 16. Jan. 1888.)

Verf. führt gegen Hammond, der das Cocain für gänzlich ungefährlich erklärt hatte, eine grosse Reihe von Fällen an, in denen das Cocain vergiftend wirkte. Er schliesst seine Arbeit mit folgenden Sätzen:

1. Es gibt eine tödtlich wirkende Dosis von Cocain. 2. Diese Dosis ist ungewiss. 3. Toxische Wirkungen sind nicht selten. 4. Sie können Folge grosser oder kleiner Dosen sein, alte oder junge, kräftige oder schwache Patienten betreffen. 5. Es ist deshalb Vorsicht bei der Anwendung nothwendig, namentlich sollten stets Gegenmittel bei der Hand sein und zwar Amylnitrit und Morphium — behufs subcutaner Injection. Voigt (Oeynhausen).

---

486) **Terrien** (Nantes): Traumatisme, épilepsie et paralysie générale. (Epilepsie und allgemeine Paralyse nach einem Trauma.)

(Ann. méd. psycholog. 1888 Januar.)

In dem mitgetheilten Fall trat bei einem hereditär belasteten Knaben im 7. Lebensjahr in Folge eines Schlages auf die Gegend der linken Kranznaht Epilepsie ohne Störung der Intelligenz auf. Die Krampfanfälle waren anfangs häufiger, verschwanden aber in den zwanziger Jahren, während sich nur Alkoholismus chronicus einstellte. Mit 38 Jahre wurde in der Anstalt allgemeine Paralyse konstatirt. Narbe am Kopf. Der Tod erfolgte bald. Section: Asymmetrie des Stirntheils des Schädels, bedingt durch linksseitige Abplattung, starke Atrophie des linken Stirnlappens daneben links und besonders rechtsseitige Erscheinungen von Periencephalitis und andere paralytische Befunde.

Verf. möchte das in der Jugend erlittene Trauma für die sofort aufgetretene Epilepsie und für die viel später eingetretene allgemeine Paralyse verantwortlich machen. Otto (Dalldorf.)

---

487) **Baillarger:** Analogie des symptomes de la paralysie pellagreuse et de la paralysie générale. Diagnostic différentiel. (Analogie der Symptome der pellagrösen und der allgemeinen Paralyse sowie Differentialdiagnose derselben.) (Ann. méd. psycholog. 1888 März.)

B. kommt nach seinen eigenen und Anderer Beobachtungen zu folgenden Schlüssen: 1.) Die Symptome der pellagrössen Paralyse. Bei beiden Krankheiten findet sich eine allgemeine fortschreitende Lähmung, welche bis zum Tode unvollständig bleibt. 2.) Haesitirende Sprache mit Zittern der Lippen bei der Articulation und ausserdem zuweilen Ungleichheit der Pupillen können sowohl bei pellagrösen als paralytischem Irresein vorkommen. 3.) In letzteren Fällen von pellagrösem Irresein mit Sprachstörung ist die Art der geistigen Störung differential-diagnostisch wichtig. 4.) Während bei paralytischem Blödsinn eine Sprachstörung immer vorhanden ist, kommt eine solche niemals bei pellagrös-paralytischer Demenz vor. Dieser Punkt ist für die Differentialdiagnose von der grössten Bedeutung.

Otto (Dalldorf).

---

488) **W. Nasse**: Ueber die plötzliche Umbildung einer klinischen psychischen Krankheitsform in eine neue.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 44. H. 4. 1888.)

Unter Mittheilung von 3 Beispielen eigener Beobachtung kommt Verf. zu dem Schlusse, dass aus einfacher Melancholie (ohne Wahnideen oder Sinnestäuschungen) sich mit überraschender Plötzlichkeit die Form des Wahnsinns oder der Verrücktheit (mit gänzlichem Stimmungsumschlag und andauernd verändertem Vorstellungsinhalt) entwickeln kann, und dass das so entstandene Krankheitsbild dem typi-

schen des Wahnsinns oder der Verrücktheit entspricht, dass also eine Umbildung einer sogen. klinischen psychischen Krankkeitsform in eine neue legitime klinische Krankheitsform auch plötzlich vorkommen kann.

Kron (Berlin).

---

489) **C. Wener** (Roda): Ueber die sogenannte psychische Contagion. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 44. H. 4. 1888.)

Nach der Ansicht des Verf.'s ist in der erblichen Anlage des Secundär-Erkrankten meist die Hauptursache zur geistigen Erkrankung eines Individuums zu suchen; die Psychose des Primär-Erkrankten giebt nur den occasionellen Anstoss und wirkt ähnlich wie z. B. Schreck auf einen erblich Belasteten. Ist keine Erblichkeit nachweisbar, so handelt es sich um schwächliche Individuen, vorzüglich Frauen, die in Folge der anhaltenden Sorge und aufreibenden Pflege schliesslich zusammenbrechen. Ein gesunder Mensch mit einem rüstigen Gehirn wird stets intact bleiben.

Kron (Berlin).

---

490) **Van Deventer**: Over de psychische behandeling van Krankzinnigen. (Psychische Behandlung der Psychosen.) (Psychiatr. Bladen. VII. 1.)

Sehr beherzigenswerthe Betrachtungen über den persönlichen Einfluss des Arztes; D. betont besonders, dass die erzieherische Einwirkung bei abgeblassten Wahnvorstellungen den Kranken zu dauernder Zurückhaltung derselben, zu einem modus vivendi mit der Welt bringen, und so der Gesellschaft zurückgeben kann. Der Anstaltsarzt ist im vollstem Sinne für jeden Kranken in allen Stücken verantwortlich, er muss deshalb auch unbeschränkt und allein dirigiren; sowohl in Fragen der Behandlung wie der Administration darf er an keine beschränkenden Bestimmungen gebunden sein.

Für das Pflegepersonal verlangt D. theoretische und praktische Vorbildung und wünscht so viel wie möglich gebildete Frauen zum Wärterdienst herangezogen; entlassene Kranken bedürfen der Fürsorge von Vereinen, der Gemeinde oder des Staates.

Kurella (Ahrweiler).

---

491) **van der Chys** (Zutphen): Zelfmoord door houtwol. (Selbstmord durch Holzwolle.) (Psychiatr. Bladen. XI. 1.)

Ein Maniacus mit sehr heftigem Bewegungsdrang und Zerstörungstrieb wird Nachts in eine Polster-Zelle gesteckt, deren Boden mit Holzwolle dick belegt war. Bis 5 Uhr Morgens war der Kranke laut und lief hin und her, dann wurde er ruhig, und beim Oeffnen der Zelle lag er tod am Boden, das Gesicht nur wenig cyanotisch, einen aus Holzwolle gedrehten Strick locker um den Hals geschlungen; Tod wahrscheinlich durch Larynxcompression.

Kurella (Ahrweiler).

III. Aus den Vereinen.

I. Pathological Society of New-York.

Sitzung vom 28. Dezbr. 1887. (The Medical Record 28. Januar 1888.)

492) **John J. Griffiths:** *Cerebro-spinal meningitis with pus and fibrin in the cerebral ventricles.*

1. Fall, ein 5 monatliches Kind betreffend. Convexität und Basis des Gehirns, sowie das Rückenmark in ein dickes, fibrinös-eitriges Exsudat gehüllt, Seitenventrikel stark erweitert, mit gleichen Massen angefüllt, die sich auch bis in den 3. und 4 Ventrikel erstrecken. Boden und Wände der Ventrikel erweicht.

2. Fall, $4^1/_2$ Monate altes Kind. Die Ventrikel sind gleichfalls durch eitriges Exsudat stark erweitert, während sich Hirn-Convexität und Basis frei zeigt; die Pia des Kleinhirns an einer umschriebenen Stelle, die das Rückenmarks in ihrer ganzen Ausdehnung entzündet und mit Exsudat bedeckt. In beiden, beiläufig durch Exsudatablagerung etc. in den Ventrikeln merkwürdigen Fällen war der Centralkanal des Rückenmarks nicht erweitert.

Voigt (Oeynhausen).

II. Clinical Society of London.

Sitzung vom 13. April 1888. (The Brit. medical journal April 21. 1888.)

493) **Rickmann, J. Godlee** stellt einen Fall der zuerst von Marie (Revue de Médecine; April 1886) beschriebenen und benannten *Acromegalie* vor.

Die Krankheit begann bei der jetzt 41 jährigen Patientin vor 9 Jahren mit Tieferwerden der Stimme und Struma.*) Schon damals wurde wegen Druck einer Cyste auf den Plexus brachialis und dadurch bedingte neuralgische Schmerzen die Hülfe des Vortragenden in Anspruch genommen und durch Eröffnung der Cyste erfolgreich geleistet.

Mit 36 Jahren cessirten die Menses um nicht wiederzukehren.

Seit dieser Zeit entwickelte sich der gegenwärtige im Folgenden zu beschreibende Zustand.

Der Unterkiefer ist bedeutend vergrössert, so dass die Zähne desselben diejenigen des Oberkiefers überragen und das ganze Gesicht auch unten zu sich auffallend verbreitert.

Die Schlüsselbeine und vorderen Enden der Rippen sind sehr verdickt, das Brustbein erscheint dadurch wie in eine Höhlung versenkt.

An den Extremitäten sind hauptsächlich die kleinen Knochen der Hand und des Fusses von der Verdickung und Vergrösserung betroffen, die Oberextremitäten gewinnen dadurch ein spatenförmiges Aussehen.

Die Ohr-, Nasen- und wahrscheinlich auch Larynxknorpel sind erheblich verdickt, auch die Zunge erscheint dick und gross.

*) Eine rheumatische Affection ging derselben voraus.

Ausserdem ist zu bemerken allgemeine Abmagerung, Muskelschwund, Neigung zu profusen Schweissen, zunehmender Mattigkeit, beschleunigter Puls, Herabsetzung des Geruchs und Geschmacks.

Die übrigen Sinne erhielten sich normal, desgl. Temperatur, Urin, Intelligenz, Temperament.

In derselben Sitzung stellten Dr. Hadder und Mr. Ballance einen weiteren Fall von Acromegalie vor, welcher bereits vor 3 Jahren, also vor der Publication Marie's veröffentlicht worden war (Clinical Societys transactions vol. XVIII).

Es handelt sich hier um eine 37 jährige Frau, welche seit 5 Jahren im Anschluss an einen Rheumatismus der Kniegelenke an der Krankheit leidet. Schon vor dem Beginn derselben waren die Menses ausgeblieben um nicht wiederzukehren.

Die Beschreibung gleicht in den meisten Punkten der vorhergehenden, es fehlt im Vergleiche damit die allgemeine Abmagerung, Mattigkeit Hyperhydrose und Vertiefung der Stimmlage, die Sprache hatte jedoch einen gutturalen Charakter angenommen.

Die Schilddrüse erschien deutlich atrophisch.

Als Bereicherung des vorigen Krankheitsbildes sind zu nennen Hervorstehen der Jochbögen, Verdickung und Ektropie der Unterlippe, Amaurose des r. Auges in Folge von Atrophie des Sehnerven.

Redner macht auf die Häufigkeit des Vorhergehens von Gelenkrheumatismus und bei Frauen von vorzeitiger Menopause aufmerksam. Auffallend ist auch die häufige Erblindung im Verlaufe der Krankheit, welche mit Wahrscheinlichkeit auf Compression des Tractus optici resp. des Chiasma durch Hypertrophie oder Tumor der Hypophyse zurückzuführen ist, da ein solcher Befund bereits mehrmals bei Sectionen dieser Fälle verzeichnet wurde.

Wilks berichtet, dass auch im Jahre 1869 einen hierher gehörigen Fall beobachtet und in Fagge's „Medicin" veröffentlicht habe. Es handelte sich um eine 28 jährige Dame, welche seit 6 Jahren an Amenorrhoe, Kopf- und Rückenschmerzen und zunehmender Sehschwäche litt. Dazu kommen allmählig die characteristischen Verunstaltungen am Gesicht und den Extremitäten.

Nach einiger Zeit starb sie in comatösem Zustande, der ganze Verlauf legte den Gedanken an einen intracraniellen Tumor nahe, doch konnte die Section nicht gemacht werden.

Nagel (Halle a. d. S.)

III. Zwölfter Congress der Associazione Medica Italiana in Pavia. 19.—25. September 1887.

(Rivista sperimentale di Freniatria. XII. 3 u. 4.)

(Schluss.)

494) **Giuffré**: *Der sogenannte Tetanus hydrophobicus.*

G. theilt einen Fall dieser von Rose als Tetanus cephalicus beschriebenen Affection mit und deducirt daraus, dass die specielle

Localisation der tetanischen Erscheinungen (Trismus, mimische Krämpfe, Dysphagie) von den Beziehungen der respectiven Nervencentren zu dem Sitz der Verletzung abhängen; die Dysphagie hält G. nicht für charakteristisch bei dieser Form, deshalb zieht er der Bezeichnung Tetanus hydrophob. den Namen Tetanus cephalicus cum hemiplegia faciali vor. In der That ist die Hemiplegia facialis auf der Seite des Trauma das zweite charakteristische Symptom, und nach G. hängt dieselbe von der peripheren (materiellen oder functionellen) Läsion der Nervenfasern ab, nicht vom Facialiskern, wie es die tonischen Krämpfe in den paralysirten Muskeln beweisen; nach G. beweist diese Thatsache, dass die vorhandene Leitungsstörung nicht vom Willensimpuls, wohl aber von den automatischen Centren aus überwunden werden kann.

495) **Morselli**: *Zwangvorstellungen und rudimentäre Paranoia der Neurastheniker.*

M. hat diese Affection sehr häufig in seiner Poliklinik beobachtet; die Zwangsvorstellung allein constituirt die rudimentäre Paranoia noch nicht; er hält dieselbe nicht für eine hereditäre, sondern für eine neurresp. psychasthenische Form; gewisse schwächende Momente, wie Geburt, Puerperium, Lactation, begünstigen das Auftreten von Zwangsvorstellungen auf neurasthenischem Boden. Wie kommt es nun, dass erbliche Einflüsse so oft zu ganz ähnlichen Erscheinungen führen, wie physiologische Erschöpfungszustände? Einzelne Zwangsvorstellungen tragen von vornherein, den Stempel der hereditär vermittelten, des Atavismus. Das gilt von abergläubigen Vorstellungen bei Leuten aus gebildeten Familien.

496) **Verga**: *Acrophobie.*

Der Vortragende beschreibt sein eigenes Leiden. Er kann sich nicht ein paar Fuss über dem Erdboden anfhalten ohne heftige Angstgefühle, und sucht sich immer möglichst nach dem Boden zu halten, sodass er z. B. lieber auf einem Maulesel als auf einem Pferde reitet; beim Ueberschreiten einer Brücke, am offenen Fenster hat er ein fatales Gefühl und dieses Gefühl ergreift ihn auch beim Anblick von Leuten die sich auf einer höhergelegenen Stelle befinden.

497) **Tanzi**: *Der diagnostische Werth neugebildeter Worte in der Psychiatrie.*

Es gibt eine sehr interessante Darstellung der Neologismen, die bei so vielen Psychosen gebildet werden; 300 solche Worte hat er zu classificiren gesucht. Abstracte Neologismen nennt er solche, die keinen bestimmten Sinn haben, die der Kranke selbst nicht erklären kann, und die der Audrsuck einer ganz dunklen formlosen Vorstellung sind; pseudowissenschaftliche N. sind Worte, die als Ausdruck wissenschaftlicher Begriffe, als Beweis tiefer Einsicht dienen sollen. Als mystische treten Worte auf die eine concrete imaginäre Person oder Sache von mysteriöser Bedeutung bezeichnen sollen, mit psychologischen

Neolog. sollen beetimmte subjective Zustände der Kranken bezeichnet worden; eine besondere Klasse bilden philosophische Neologismen, und mit einer sechsten Categorie von Worten bezeichnen die Kranken sich selbst oder ihre Verfolger.

Schliesslich gibt es eine ganze, ganz unenträthselbare Sprache bei gewissen paranoischen. T. sieht in diesem Drang zur Sprachbildung den Einfluss des Atavismus. Dafür spricht unter anderen, dass Verrückte, die nichts von einander wissen, dasselbe Wort erfinden.

498) **Maccabruni**: *Ueber Sitophobie.*

M. räth mit der Fütterung abstinirender Kranker nicht länger zu warten, als bis deutlicher Foetor ex ore und am Dynamometer nachweisbare Abnahme der Muskelkraft einträte; vor der Anwendung der Sonde räth er moralische Mittel zu versuchen, die nur ein geduldiges, aufmerksames Studium der Eigenthümlichkeiten des Kranken finden lässt.

499) **Pianetto**: *Psychosen bei Schwachsinnigen.*

P. hat bei 114 Schwachsinnigen das Hinzukommen von Psychosen beobachtet; viele derselben kamen wegen Depression oder Exaltation in die Anstalt, und waren dort sofort ruhig und harmlos; andere blieben häufigen Anfällen von Agitation unterworfen, und bei einer dritten Categorie fanden sich wahre Psychopathieen; in 10 Fällen fand er Manie, in 8 Melancholie, in einem primäre Verrücktheit. Ein melancholiches Vorstadium fehlte in allen Fällen von Manie, alle zeigten grosse Neigung zu impulsiven Handlungen, die einzelnen Anfälle waren kurz und recidivirten leicht; es handelt sich bei den Maniakalischen nur um leichte Fälle von Schwachsinn. Bei den Melancholien der Schwachsinnigen überwogen die agitirten und hypochondrischen Formen. Die acute Psychose beschleunigt stets den Fortgang zum Blödsinn.

500) **Carini**: *Ueber ein neues Hilfsmittel psychiatrischer Studien.*

C. empfiehlt, beim Dociren der Psychiatrie die einzelnen psychischen Elementarstörungen an Hypnotisirten, denen dieselben suggerirt sind, experimentell zu demonstriren, an der psychiatr. Klinik in Pavia will er mit grossem Erfolge diese Methode angewendet haben. (? Ref.)

501) **Frigerio**: *Sitophobia.*

Ein syphilitischer Hallucinant mit parenchymatöser Retinitis verweigert die Nahrung, weil er die Speisen so gross sieht, dass er es für unmöglich hält, sie zu verzehren. F. will diese Megalopsie als Folge der Retinitis ansehen.

502) **Marro**: *Kost-Ration der Geisteskranken.*

Empfiehlt auf Grund reichen Materials aus Anstalten verschiedener Länder sorgfältigere, bei heilbaren Fällen den jedesmaligen Stoffwechselverhältnissen angepasste Ernährung der Irren.

503) **Sighicelli**: *Behandlung der Epilepsie.*

S. glaubt, dass manche Epilepsieen verwandt wären mit den nervösen Erscheinungen nach Schilddrüsenexstirpation. Er hat deshalb bei sieben Epileptikern diese Drüse galvanisirt, 1—5 Minuten lang mittelst der Anode, mit 2—60 M. A. Während der Sitzung trat stets Hyperämie des Gesichts auf. In zwei Fällen nahmen die Anfälle allmählig ab und blieben dann mehrere Wochen ganz aus. Besonders merkwürdig war aber in vielen Fällen eine auffallende Besserung des Charakters dieser armen Unglücklichen.

504) **Raggi**: *Neue Studien über den Hypnotismus.*

R. erweckte eine Hysterische mit dem par distance angewandten Magneten; von da an trat bei Annäherung des Magneten jedesmal Hypnose ein.

2. Bei zwei Hysterischen brachte in der Hypnose jedesmal die unbemerkte Annäherung des Magneten ein heftiges allgemeines Uebelbefinden hervor; liess man irgend eine Suggestion vorhergehen, so bekam man mit demselben Magneten Euphorie.

505) **Tamburini**: *Hypnose und doppeltes Bewusstsein.*

Ein fünfzehnjähriges Mädchen hat 2—3 mal täglich Anfälle, während welcher sie sich im Gegensatz zu ihrem sonst musterhaftem Charakter wie ein freches, unartiges, kleines Kind benimmmt; dabei hatte sie Erinnerung für das ganze Leben, nach dem Anfall wusste sie gar nichts von diesem abnormen Zustande. Nach drei hypnotisirten Sitzungen verschwanden diese Anfälle vollständig. T. theilt andere Fälle aus der Literatur mit, in denen während der abnormen Bewusstseinszustände Erinnerung für das ganze Leben bestand, aus denen er entwickelt, dass das Selbstbewusstsein sich auf die doppelte Basis des Gemeingefühls und der Erinnerung gründet, und dass eine Modification jenes, eine Unterbrechung dieser zu den tiefsten Aenderungen des Gefühls der Persönlichkeit führen können.

Kurella (Ahrweiler).

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten, das Abonnement auf das III. Quartal 1888 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. 1. Juli 1888. Nro. 13.

Inhalt.

I. Originalien. Ueber eine neuartige Influenzmaschine (Patent Gläser) sowie das Gesammtinstrumentarium zur therapeutischen Verwerthung der Franklinisation. Von R. A. Dr. **Rudolf Lewandowski**, k. k. Professor in Wien.

II. Referate und Kritiken. **Jastrowitz**: Beiträge zur Lokalisation im Grosshirn und über deren praktische Verwerthung. **Senator**: Casuistische Beiträge zur Kenntniss der Herderkrankungen des Gehirns. **Zernoff**: Ein seltener Fall von Anomalie der Rolandofurche und der Centralwindungen. **Petrone**: Ueber Differentialdiagnose zwischen cerebralen und spinalen Nervenfasern. **Dawydoff**: Zur Symptomatologie der Hirnerschütterung. **Awtokratoff**: Ueber den Einfluss der Exstirpation der Schilddrüse bei Thieren auf das Centralnervensystem. **Goldengorn**: Ein Fall von Merycismus aut Ruminatio. **Selitzky**: Ueber Reflexneurosen als Folge von Nasenerkrankungen. **Weiss**: Zur Pathologie der Angioneurosen. **Olsen**: Hyperästhesia plantae bilateralis. **Oliver**: Der periphere oder centrale Ursprung der Aura epileptica. **Fergutson**: Epileptiforme Anfälle in Folge von Oxyuris vermicularis beim Erwachsenen. **Unkowsky**: Ein Fall von acuter Cocainvergiftung und Amylnitrit als Gegengift. **Carlsen**: Folgen des Spielens mit Hypnotismus. **Borosdina-Rosenstein**: Circuläres Irresein mit Ausgang in Heilung.

III. Aus den Vereinen. Verein der Aerzte in Steiermark.

I. Originalien.

Ueber eine neuartige Influenzmaschine (Patent Gläser) sowie das Gesammtinstrumentarium zur therapeutischen Verwerthung der Franklinisation.

Von R. A. Dr. RUDOLF LEWANDOWSKI, k. k. Professor in Wien.

Seit 15 Jahren mit der Verwerthung der Electricität zu Heilzwecken beschäftigt, verhielt ich mich bis zum Jahre 1883 gegen die therapeutische Anwendung der Influenzelektricität*) ablehnend.

*) *Influenzelektricität* ist die einzig richtige, wenngleich auch nicht immer zutreffende Bezeichnung, da mehrere moderne Elektrotherapeuten noch Reibungselektrisirmaschinen benützen. *Reibungselektricität* passt aber nicht für die durch Influenzmaschinen erzeugte Elektricität; der früher öfters benutzte Ausdruck *statische Electricität* ist für die Bezeichnung der zu therapeutischen Zwecken benützten völlig unrichtig, da statische Elektricität nur die Elektricität im Zustande des

Da sich bis dahin die Stimmen derjenigen, welche die Franklinisation mit Vortheil verwertheten und direct behaupteten, mit Hilfe derselben anderweitige Erfolge erzielen zu können, als mit der Faradisation und Galvanisation, von Jahr zu Jahr vermehrt hatten, und selbst gewiegte Forscher in allen Ländern sich dem Gegenstande zuwandten, sah ich die zwingende Nothwendigkeit ein, die Versuche der Andern nach Möglichkeit zu wiederholen, um mir ein positives Urtheil über den therapeutischen Werth der Franklinisation aus eigener Anschauung bilden zu können. Mein erster Versuch scheiterte indess an der Unzuverlässigkeit des Instrumentariums. Ich hatte mir eine modificirte Holtz'sche Influenzmaschine mit zwei rotirenden und einer fixen Glasscheibe von einem mir wohlbekannten und verlässlichen Mechaniker ausführen lassen, die auch anfangs (zumal in des letzteren Werkstätte) recht gut functionirte, sich aber in meinem Ordinationszimmer nur mit der grössten Schwierigkeit und nur bei trockener Luft anregen liess, wozu ich mitunter über eine halbe Stunde brauchte. An halbwegs feuchten Tagen dagegen vermochte ich den Apparat selbst mit Hilfe des Mechanikers nicht in Action zu bringen. Da ich selbst, wegen der Unzulänglichkeit meines Instrumentariums, meine Versuche auf wenige Fälle beschränken musste, in meiner im Drucke befindlichen Arbeit (Elektrodiagnostik und Elektrotherapie etc. Urban und Schwarzenberg 1877) jedoch die Franklinisation nicht einfach übergehen konnte, ersuchte ich Herrn Prof. M. Benedikt, der sich zu jener Zeit mit dem Gegenstande mehr beschäftigte, mir seine Erfahrungen und Ansichten über die Franklinisation mittheilen zu wollen, dem er auch durch Veröffentlichung zweier an mich gerichteter therapeutischer Briefe in Nro. 35 und ff. der „Wiener med. Blätter“ ex 1885 entsprach. Aus den Mittheilungen Professor Benedikt's (der ebenfalls früher ein Gegner der Franklinisation war) sowie aus den zahlreichen neueren Publicationen aus diesem Gegenstand, stellte ich für mein Buch ein Referat zusammen und ging mein Streben nun lediglich dahin, auch das Instrumentarium derart zu gestalten, dass es für Zwecke des Arztes jederzeit zur Verfügung stände.

Anfangs September 1887 sandte mir Herr Prof. Benedikt den Mechaniker Hermann Gläser, der eine neuartige Influenzmaschine

---

Gleichgewichtes darstellt, jede Entladung aber, sei es durch Funken- oder Büschellicht, jedes Ueberströmen von Elektricität von einem Körper zum andern etc. nicht mehr statische sondern dynamische Elektricität ist. Auch der vorgeschlagene Name *Spannungselektricität* taugt nicht, da unter diesem auch die Inductionselektricität zu subsumiren ist, mit deren Hilfe sich noch weit höhere Spannungen erzielen lassen, als mittels der Reibungs- oder Influenzelektrisirmaschienen etc. Um allen diesen unrichtigen Bezeichnungen aus dem Wege zu gehen, können die Aerzte nach dem Vorgange der Amerikaner die Verwerthung der in Rede stehenden Elektricität in der Heilkunde kurz als Franklinisation bezeichnen, geradeso wie die therapeutische Verwerthung der Inductionselektricität als Faradisation und jene der Berührungselektricität als Galvanisation kurz benannt wird.

erfunden hatte, und ersuchte mich, die Verwendbarkeit dieser Maschine zu Heilzwecken prüfen zu wollen. Nachdem ich nun durch acht Monate diese Influenzmaschiene sowohl zu Heilzwecken, wie auch beim Unterrichte in Verwendung hatte, und mir über deren Werth ein eigenes Urtheil zu bilden in der Lage war, erlaube ich mir, hier die vom Mechaniker Hermann Gläser construirte Influenzmaschine, sowie die über meine Angaben gefertigten Nebenapparate zur therapeutischen Verwerthung der Franklinisation zunächst vorzuführen.

Das Wesentliche und Neue an der Maschine besteht darin, dass als Elektricitätserreger hier zwei allseitig abgeschlossene Hohlcylinder (Trommeln) aus idioelektrischen Körpern (Hartgummi, Glas, Schwefel

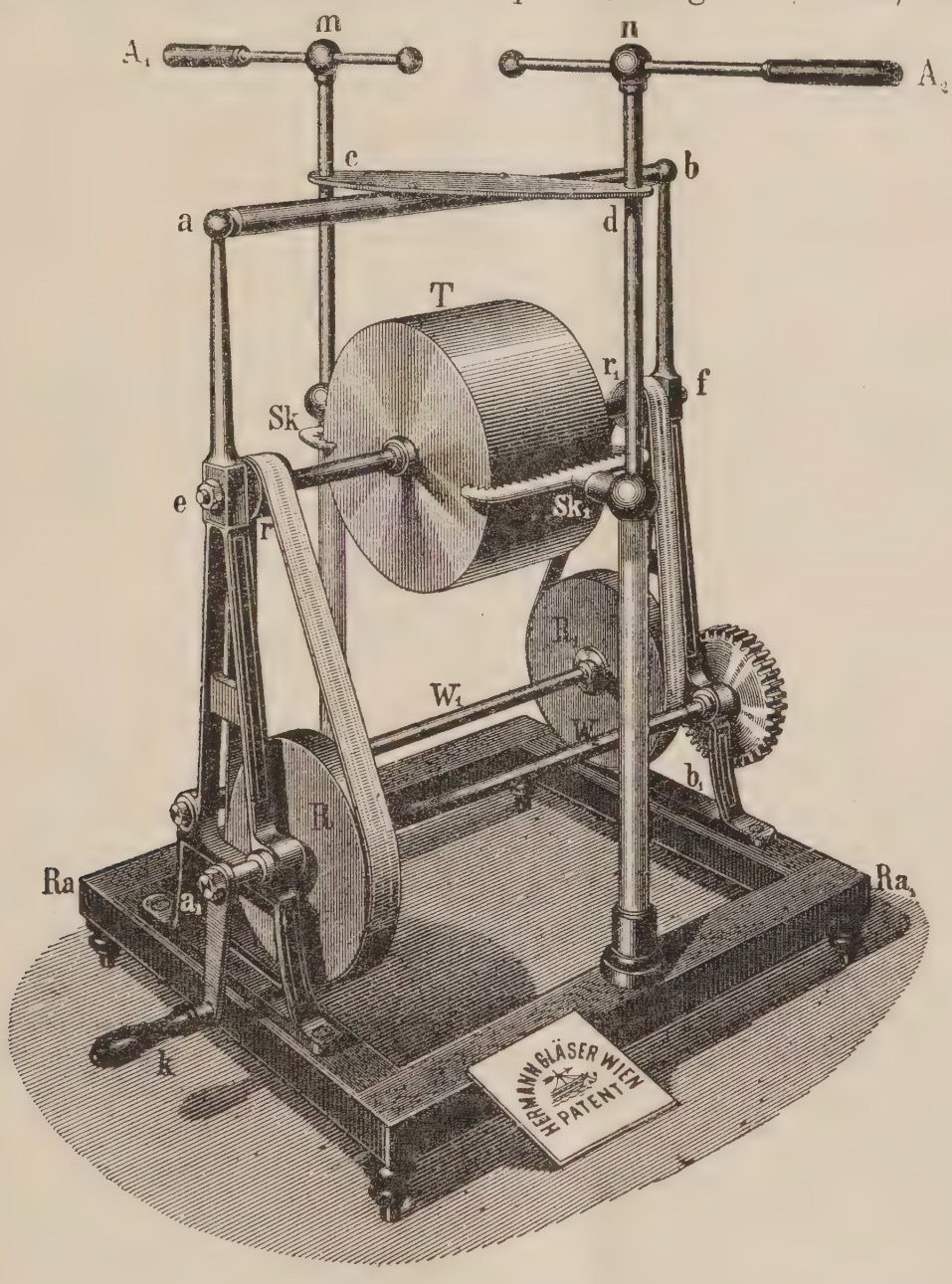


Fig. 1.

etc.) verwendet werden, wovon die eine — etwas kleinere — innerhalb der andern angebracht ist, und beide concentrisch um eine gemeinschaftliche Achse, jedoch nach entgegengesetzter Richtung rotiren.

Figur 1 stellt die Totalansicht der Maschine dar: der auf vier

Holzfüssen ruhende starke Holzrahmen Ra, Ra_1 dient vier verticalen Ständern, die jederseits in der Mitte je einer Seite des Rahmens angebracht sind, als Stütze. Die beiden an den Schmalseiten des Rahmens ersichtlichen Ständer a a_1 und b b_1 sind aus Eisen gefertigt, erweitern sich nach abwärts, liegen mit breiter Basis dem Rahmen auf, allwo sie mittels einiger Schrauben unverrückbar befestigt sind und dienen zur Lagerung der unbeweglichen horizontalen Stahlachse beider Trommeln e f, sowie der darunter befindlichen beiden horizontalen Wellen W_1 und W_2. Untereinander sind diese beiden Eisenständer durch die erwähnte horizontale Achse e f, sowie durch einen Hartgummistab a b unverrückbar vereinigt. Auf der fixen Stahlachse e f (Figur 2) sind die beiden Trommeln aus Hartgummi T und T_1 in der früher angegebenen Weise beweglich angeordnet. Ueber die Stahlachse e f sind nämlich zwei Hohlachsenstücke aus Hartgummi geschoben, die an ihren lateralen Enden je eine kleine Riemenscheibe tragen und an deren inneren Enden mittels je einer Flantsche die beiden Trommeln concentrisch und in entgegengesetzter Richtung drehbar befestigt sind. Hiebei steht die äussere Trommel T mittels des rechten Hohlachsenstückes mit der Riemenscheibe r_1, die innere Trommel T_1 dagegen mittels des linken Hohlachsenstückes mit der Riemenscheibe r in Verbindung. Daraus, dass die beiden rechtsseitigen Flantschen der beiden Trommeln unmittelbar der Stahlachse e f aufruhen, die linksseitige Flantsche der äusseren Trommel dagegen das Hohlachsenstück der inneren Trommel umgreift, ist es leicht einzusehen, dass jede der beiden Trommeln mittels der kleinen Riemenscheiben r, beziehungsweise r_1, unabhängig von der andern nach beliebiger Richtung gedreht werden kann.

Zur Erzielung der erforderlichen Rotation beider Trommeln in entgegengesetzter Richtung dienen die beiden grossen Riemenscheiben R und R_1 (Fig. 1) mit ihren Wellen W_1 und W_2, von denen jede an ihrem rückwärtigen Ende je eines zweier ineinandergreifender Zahnräder, die Welle W_2 überdies noch an ihrem Vorderende entweder eine kleine Kurbel k oder eine Riemenscheibe für einen Motor trägt. Um je eine kleine und die entsprechende grosse Riemenscheibe r R und r_1 R_1 ist ein ringförmiger Riemen gelegt, infolge dessen, sobald die Kurbel k gedreht wird, die Riemenscheibe r, beziehungsweise die mit ihr verbundene Trommel im gleichen Sinne mit der grossen Riemenscheibe R, sowie andererseits infolge der Zahnradübersetzung die kleine Riemenscheibe r_1, beziehungsweise die mit ihr verbundene Trommel gleichsinnig mit der grossen Riemenscheibe R_1, somit beide Trommeln in entgegengesetzter Richtung rotiren müssen.

Die zwei früher erwähnten, ebenfalls auf dem Holzrahmen R a, Ra_1 (Fig. 1) fussenden lateralen Ständer bestehen in ihren unteren Hälften aus starken Glasröhren und in ihren oberen Hälften aus vernickelten Messingröhren, die durch die beiden Messingkugeln m und n abgeschlossen werden. Zur Verhinderung der Seitenverschiebung dieser Ständer ist über die Metallstäbe derselben eine ovale Hartgummiplatte c d geschoben und an dem Hartgummistabe a b mittelst zweier Holzschrauben unverrückbar fixirt, durch welche Einrichtung der ganzen

Maschine trotz ihres gracilen Baues hinreichende Festigkeit gesichert erscheint.

Die Metallkugeln dieser Säulen, welche an der Grenze der Glas- und Messingröhren ersichtlich sind, tragen je einen Saugrechen S k, beziehungsweise S k_1, die horizontal, entlang der Mantelfläche der äusseren Trommel gestellt sind und mit ihren Enden die Trommelkanten umgreifen. Diese äusseren Saugkämme sind in ihren Kugeln allseitig beweglich und stehen mit den Kugeln m, beziehungsweise n, in leitender Verbindung. Durch letztere lassen sich die mit Hartgummihandhaben versehenen und in Metallkugeln endigenden Auslader A_1, beziehungsweise A_2 einander nähern und entfernen und sind an den für ärztliche Zwecke bestimmten Apparaten die Verbindungsstücke zwischen den Handhaben und Kugeln mit Millimetertheilungen versehen, um die jeweilige Entfernung beider Kugeln, beziehungsweise die benützte Funkenlänge bestimmen zu können.

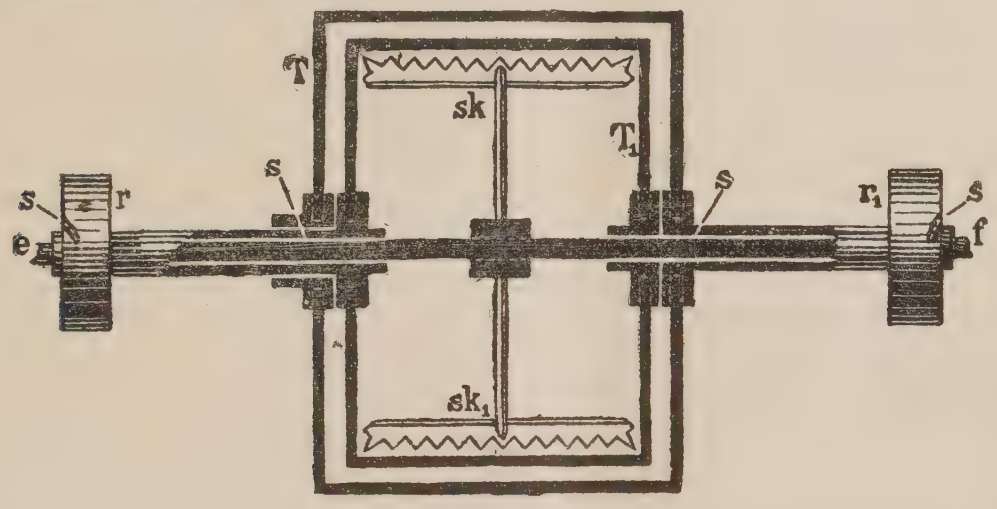


Fig. 2.

Innerhalb der beiden Trommeln (Fig. 2) befinden sich noch zwei ineinander metallisch kurz geschlossene Saugkämme s k, s k_1, deren Verbindungsstäbe mittels einer Metallflantsche der fixen Stahlachse beider Trommeln e f unverrückbar aufsitzt. Diese inneren Saugrechen (s k, s k_1) müssen — soll die Maschine functioniren — vertical gestellt sein. Um dies allezeit controliren zu können, ist parallel mit der unverrückbaren Stellung des Verbindungsstabes von s k und s k_1 an jedem äusseren Ende der Stahlachse e f ein Schlitz eingefeilt, der stets vertical stehen muss. Durch diese vier Saugkämme wird die Mantelfläche beider Trommeln in vier Quadranten abgetheilt und unterscheiden wir dementsprechend zwischen s k und S k_1 die rechten oberen Quadranten, zwischen S k_1 und s k_1 die rechten unteren Quadranten, zwischen s k_1 und S k die linken unteren und zwischen S k und s k die linken oberen Quadranten.

Oberhalb der Achsenlager für die Wellen W_1 und W_2 (Fig. 1) befinden sich an jedem der beiden Eisenständer a a_1 und b b_1 Löcher zum Eintragen von Schmieröl; desgleichen sind oberhalb der fixen Achse e f (Fig. 2) vier solche Schmierlöcher mit s s s s bezeichnet, in welche alle von Zeit zu Zeit mittelst einer Oelkanne Maschinenöl (d.

i. Thieröl, weil Pflanzenöl verharzt) eingeträufelt werden muss, zumal sobald die Maschine beim Rotiren das geringste Geräusch verursacht oder dem Drehen der Kurbel den geringsten Widerstand entgegensetzt, in welcher Richtung zu bemerken ist, dass diese Maschine trotz der vier Riemenscheiben und der Zahnradübersetzung, sowie der Reibung beider Hohlachsen aneinander und an der fixen Stahlachse e f sich sowohl in nicht angeregtem wie auch in angeregtem Zustande fast ganz gleich leicht, nämlich viel leichter als jede andere Elektrisirmaschine drehen lässt.

Um diese Maschine anzuregen, werden die Ausladerkugeln (Fig. 1) einander bis zur Berührung genähert, ein schmaler Hartgummistreifen mittelst eines kleinen Stückchens Katzenfell oder am Gewande leicht gerieben, und während die Kurbel beliebig nach links oder rechts gedreht wird, der äusseren Mantelfläche der Trommel T von oben oder unten her über der Mitte der inneren Saugrechen s k oder s k_1 genähert; sofort verräth ein die ganze Maschine durchziehendes, zischendes Geräusch, dass dieselbe geladen (angeregt) sei. Entfernt man die Conductor- (d. i. Auslader-) Kugeln (bei m und n, Fig. 1) von einander und setzt das Rotiren fort, so nimmt man zwischen denselben ein fortwährendes Uebergehen eines Funkenstromes oder bei weiterer Entfernung derselben eines von den Kugeln aus divergirenden (und bei der Vereinigung eine leuchtende Kugel oder ein leuchtendes Rotationselipsoid bildenden) Büschellichtes wahr. An den äusseren Saugkämmen S k, beziehungsweise S k_1 (Fig. 1) bemerkt man im dunkeln Zimmer ebenfalls elektrische Lichterscheinungen und zwar an dem einen Saugkamme, entsprechend jedem Zahn, einen begrenzten intensiven Lichtpunkt, an dem anderen Saugkamme dagegen von jedem Zahne aus auf die Peripherie der äusseren Trommel übergehende Lichtbüschel, die sich alle vereinigen und einen von den Zähnen des Saugrechens ausgehenden, mitunter selbst über ein Achtel der Mantelfläche der äusseren Trommel einnehmenden Lichtbart darstellen.

Da diese eben erwähnten Lichterscheinungen zur Orientirung über die Pole dienen, sind sie jederzeit zu berücksichtigen, umsomehr als bei verschiedener Einfügung der Trommeln in ihr Gestell, sowie bei verschiedener Drehung, beziehungsweise Ladung bald von oben, bald von unten die Pole ebenfalls gleich anfänglich verschieden vertheilt sein werden, andererseits unter gewissen Umständen die Pole der Maschine selbst während ihrer Benützung gewechselt werden können.

Rotirt die äussere Trommel T (Fig. 1) von links nach rechts (d. h. in der Richtung, in welcher die Uhrzeiger fortschreiten) und regt man die Maschine von oben an, so befindet sich der Lichtbart im rechten oberen Quadranten der äusseren Trommel vom Saugrechen S k_1 nach aufwärts auf die Trommelperipherie übergehend, wogegen die Lichtpunkte unter den Zähnen des linken Saugkammes erschienen. Fährt man während der Rotation der Trommeln mit den Fingerspitzen über die vier Quadranten der Mantelfläche der äusseren Trommel, so überzeugt man sich durch das leicht prickelnde Gefühl (bei entfernten Conductoren) oder die Sensation, als hätte man die

Fingerspitzen in Spinngewebe getaucht (bei sich berührenden Ausladerkugeln) dass der rechte obere und der diametral entgegensetzte linke untere Quadrant der äusseren Oberfläche der Trommel T elektrisch sei. Im Finstern sieht man hiebei ganz deutlich, dass auf der rechten Seite die Lichtbüschel von dem Saugrechen S k_1 nach aufwärts ziehen, hingegen auf der linken Seite die Ausströmung der Electricität von den Zähnen des Saugrechens S k nach abwärts über die Mantelfläche der Trommel stattfindet.

Entsprechend, beziehungsweise entgegengesetzt, ist die Vertheilung der Lichtbüschel und Lichtpunkte an der Innenfläche der inneren Trommel T_2 (Fig. 2).

Hier geben die Lichtbüschel von der oberen Hälfte des inneren verticalen Saugrechens s k ebenfalls auf den rechten oberen Quadranten der Innenfläche dieser Trommel, aber nach abwärts, somit gegen den Saugrechen Sk_1 gerichtet, aus; die Lichtpunkte befinden sich unter den Zähnen der unteren Hälfte dieses verticalen Saugrechens s k_1 und übergeht von hier die Electricität auf den linken unteren Quadranten gegen den äusseren Saugrechen Sk hin. Es erweisen sich somit auch an der Innenfläche der inneren Trommel der rechte obere und der linke untere Quadrant elektrisch. Die Innenfläche der äusseren Trommel, sowie die correspondirende Aussenfläche der inneren Trommel, sodann die zwei diametralen Quadranten vor den Saugrechen, somit die rechten oberen und die linken unteren Quadranten der bezüglichen Trommeloberflächen erweisen sich dagegen als unelektrisch, weil an diesen Stellen die Neutralisation der freiwerdenden Influenzelektricitäten erster Art vor sich geht. An den Lichtbüscheln, sowie an den Lichtpunkten überströmt stets Electricität von den Zähnen der Saugrechen auf die Trommeloberflächen.

Da die überströmenden Lichtbüschel sich als positiv elektrisch, die überströmenden Lichtpunkte dagegen als negativ elektrisch erweisen, verbleiben selbstverständlich in den bezüglichen Saugkämmen die entgegengesetzten Elektricitäten. Es ist somit der rechte Saugkamm Sk_1 (von dem die positiven Lichtbüschel auf die Trommel nach aufwärts ausströmen), beziehungsweise die mit ihm verbundene Metallstange, sodann die diese begrenzende Metallkugel n, sowie endlich der Conductor A_2 negativ elektrisch. In gleicher Weise ist der rechte Saugrechen Sk (von dem an den Lichtpunkten die negative Elektricität auf den linken unteren Quadranten der äusseren Trommelfläche übergeht), somit auch der ihn mit der Kugel m verbindende Metallstab und Conductor A_1 positiv elektrisch. Innerhalb der inneren Trommel ist die obere Hälfte des verticalen Saugrechens sk negativ, die untere Hälfte desselben sk_1 positiv elektrisch. An diesem verticalen inneren Rechen findet allezeit die Neutralisation der entgegengesetzten Elektricitäten statt und repräsentirt dieser innere, in sich geschlossene Saugrechen die beiden „Metallformen“ zweier entgegengesetzt vereinigten Elektrophore, während die beiden Trommeln, die „Harzkuchen“ und die äusseren horizontalen Saugrechen, beziehungsweise die mit ihnen in Verbindung stehenden Conductoren, die „Deckel“

(oder „Helme“) dieser zwei Electrophore repräsentiren. Sind die beiden Conductorkugeln von A_1 und A_2 in Berührung, so findet auch hier Neutralisation der entgegengesetzten freien Electricitäten statt, in welchem Falle man von keinem Theile der Maschine Elektricität ableiten kann, da allerorten entweder unter Lichterscheinungen oder durch den sogenannten „elektrischen Strom“ Ausgleichungen der entgegengesetzten elektrischen Spannungen vor sich gehen.

Dreht man die Kurbel bei sich berührenden oder nicht über die Schlagweite der Maschine von einander entfernten Conductorkugeln in entgegengesetzter Richtung, so bleibt diese Maschine wie vorher geladen (in welchem Falle sich jede andere Influenzmaschine sofort entladen würde), es übergehen aber die positiven Lichtbüschel jetzt vom rechten Saugkamme nach abwärts und an den Lichtpunkten links findet das Ausströmen der negativen Elektricität nach aufwärts auf die diametral entgegengesetzten Quadranten statt, immer aber bleibt der rechte Conductor A_2 negativ und der linke Conductor A_1 positiv geladen. Selbst bei Verbindung der äusseren horizontalen Saugrechen, beziehungsweise der Auslader, mit einer oder zwei „Kleist'schen“ Flaschen bleiben die positiven Lichtbüschel und die negativen Lichtpunkte, beziehungsweise die an diesen Stellen auf die Mantelflächen der Trommeln übergehenden, entgegengesetzten Electricitäten conform den früheren Darstellungen vertheilt.

Bei feuchter Luft dagegen wechseln nach entgegengesetzter Rotation der Kurbel die Pole, wenn die Conductoren über die Schlagweite der Maschine entfernt worden sind. Dasselbe findet auch in trockener Luft, und zwar selbst bei gleichmässiger Rotation der Trommeln statt, wenn die Maschine mit Flaschen, die grosse Belegungen besitzen, verbunden ist, die dann höhere Spannungen aufspeichern, als die Maschine bei einmaliger Rotation der Trommeln produciren kann. Das Wechseln der Pole vollzieht sich in beiden Fällen allmählich oder auf einmal. Beim allmähligen Polwechsel nimmt man (falls die Maschine von oben angeregt, und die äussere Trommel in der Richtung der Bewegung der Uhrzeiger gedreht wird) bei entgegengesetzter Kurbeldrehung wahr, dass der vom rechten Saugkamme Sk_1 nach aufwärts auf die Oberfläche der äusseren Trommel übergehende Lichtbart nur zur Hälfte sich hier befindet, die andere Hälfte auf die contralateral diagonal entgegengesetzte Seite des Saugkammes S k, somit auf den linken unteren Quadrant der äusseren Trommel übergeht. Man sieht somit von jedem Saugkamme zur Hälfte Lichtbüschel und zur Hälfte Funken auf die Trommeloberfläche übergehen. Der Lichtbart lässt sich bei fortgesetzter Rotation leicht mittels der Fingerspitzen beliebig im rechten oberen oder linken unteren Quadranten ergänzen, gleichsam hervorstreichen, wenn man von der vorhandenen Lichtbarthälfte nahe den Zähnen des Saugrechens längs derselben quer über die Trommeloberfläche hinfährt. Die dabei auftretende Sensation ist bei gleichzeitiger Berührung der Conductoren eine kaum nennenswerthe. Ergänzt man nicht (in der angegebenen Weise) den Lichtbart im ursprünglichen (rechten oberen) oder dem entgegengesetzten (linken unteren)

Quadranten und rotirt weiter, so erhält man bei Entfernung beider Conductoren weder Funkenströme noch Büschellicht, vielmehr findet die Entladung innerhalb der Maschine statt und sieht man Lichtblitze von der vorderen zur rückwärtigen Trommelkante parallel mit den horizontalen Saugrechen, beziehungsweise in der Nähe derselben längs der Trommeloberfläche verlaufen. Auch im Gange der Maschine findet man einen Unterschied. Dreht man die nicht angeregte Maschine, so braucht man hiezu eine bestimmte minimale Kraft; regt man die Maschine an, so muss man diese Kraft um ein Geringes verstärken, weil beide Trommeln wegen der Neutralisation der an ihren zugekehrten Flächen auftretenden Electricitäten sich gegenseitig anziehen und diese Anziehung überwunden werden muss. Es steht ja bekanntlich die an den Conductoren auftretende freie Electricität mit der zur Rotation der Trommel aufgewendeten Kraft in einem ganz bestimmten Verhältnisse, da die Influenzmaschine gleich der Dynamomaschine lediglich eine Transformationsmaschine ist, indem bei beiden die (zur Rotation aufgewendete) lebendige Kraft in Electricität umgewandelt wird. Beim Drehen der unthätigen und geladenen Maschine merkt man den Unterschied kaum, ja fast gar nicht; ich habe indess genaue Versuche in dieser Richtung mit Elektromotoren gemacht und gefunden, dass bei einer ganz bestimmten Rotationsgeschwindigkeit des Motors die ungeladene Maschine gedreht werden konnte, in dem Momente jedoch, als der äusseren Trommel ein geriebener Hartgummistreifen genähert wurde und das charakteristische Zischen auftrat, vermochte der Motor nicht mehr, die Maschine im Gange zu erhalten. Bei partieller Umladung (d. h. bei partiellem Polwechsel) nimmt man einen intermittirenden Wechsel in dem Zu- und Abnehmen des Widerstandes, der der Rotation seitens der Maschine gesetzt wird, wahr und vernimmt auch das zischende Geräusch nicht mehr continuirlich, sondern ebenfalls intermittirend. Bei langsamem Drehen der Kurbel treten die Pausen beider Erscheinungen in längeren, bei rascherer Rotation der Trommeln dagegen in kürzeren Zeitintervallen auf.

Dieser Zustand kann durch gleichmässige Rotation längere Zeit hindurch erhalten werden, bei rasch zunehmender oder rasch abnehmender Rotationsgeschwindigkeit dagegen ergänzt sich der Lichtbart mitunter von selbst, und zwar entweder in der ursprünglichen oder entgegengesetzten Stellung und Richtung, wobei im ersten Falle die Pole unverändert, im letzteren dagegen gewechselt erscheinen.

Um jedoch die Maschine sofort in Ordnung zu bringen, muss man sie zuvörderst entladen. Dies thut man auch, wenn man die Pole wechseln will.

Das Entladen, das bei allen bisher bekannt gewordenen Influenzmaschinen durch eine einzige entgegengesetzte Kurbeldrehung vor sich geht, lässt sich indess hier nicht so einfach ausführen, im Gegentheile muss man hiezu einen ganz besonderen Kunstgriff benützen. Man entfernt zu diesem Zwecke die Conductoren weit über die Schlagweite der Maschine und dreht die Kurbel in rasch aufeinanderfolgenden kurzen Absätzen ein ganz klein wenig nach rechts, sodann alsogleich

wieder nach links, und wiederholt dies einige zehn bis fünfzehn Mal, in welchem Falle man bei einsinniger, continuirlicher Kurbeldrehung kein zischendes Geräusch mehr wahrnimmt. Tritt dies dennoch auf, so muss man die frühere Procedur wiederholen. Ist die Maschine entladen, so kann man sie beliebig (von oben oder unten) anregen, um die Pole in der früheren oder entgegengesetzten Anordnung zu erhalten.

Verbindet man die Maschine mit einer oder zwei Kleist'schen Flaschen, so treten bei Entfernung der Conductoren von einander schon beim mässigen Drehen der Kurbel stark glänzende, rein weisse Funken zwischen den Ausladerkugeln auf. Die Funkenlänge, sowie die Intensität der Funkenentladung ist hiebei verschieden, je nachdem man beide Kleist'sche Flaschen nebeneinander oder nacheinander (cascadenförmig) schaltet.

Die *Schaltung nebeneinander* besteht darin, dass man die äusseren Belegungen beider Flaschen, desgleichen die inneren Belegungen derselben untereinander verbindet und sodann eine isolirte Leitung von dem einen Saugkamme zu der inneren und eine zweite Leitung von dem anderen Saugkamme zu der äusseren Belegung führt. Um dies leicht bewerkstelligen zu können, stehen die Kleist'schen Flaschen auf Messingblechtassen, die seitliche Oesen besitzen; desgleichen befinden sich in den Kugeln, die mit der inneren Belegung dieser Flaschen in Verbindung stehen, Löcher zum Einschieben von starken Messing- oder Kupferdrähten, die in starken Glasröhren stecken, am anderen Ende umgebogen sind und in eine Metallkugel ausgehen. Diese umgebogenen Enden der eben erwähnten Verbindungsstangen werden einfach um die kurze Metallverbindung des Saugkammes mit der Metallkugel, die ihn trägt, gelegt, in welcher Weise sie vor dem Abrutschen bei Drehung der Trommeln und der hiedurch entstehenden leichten Erschütterung der Unterlage gehindert werden. Bei dieser Schaltung erfolgen die Funkenentladungen in grösseren Pausen, die Funken sind massig, dicht, meist gradlinig verlaufend und rufen diese Entladungen, an den menschlichen Körper applicirt, die heftigsten Erschütterungen hervor. Mit einem derartigen 10 cm. langen Funken sah ich eine Ratte schon nach der ersten Entladung tödten.

Will man jedoch die beiden Flaschen nacheinander, cascadenförmig, auf Spannung schalten (gleichwie wir die Elemente zu elektrodiagnostischen und eloktrotherapeutischen Zwecken verbinden) so wird der eine Saugkamm mittels einer Verbindungsstange mit dem Knopfe der inneren Belegung der einen Flasche in leitende Verbindung gesetzt, die zweite Leitungsstange von der Tasse der äusseren Belegung dieser Flasche zum Knopfe der (inneren Belegung) der anderen Flasche geführt und die Tasse der (äusseren Belegung) dieser letzteren mittels einer isolirten Verbindungsstange mit dem zweiten Saugkamme in leitende Verbindung gebracht. Indessen kann man auch so verfahren, dass man die beiden Saugkämme zu den Knöpfen (der inneren Belegungen) führt und die Tassen (der äusseren Belegungen) untereinander verbindet, oder aber, dass man die Verbindungsstangen von den Saugkämmen zu je einer der von einander isolirten Tassen der

äusseren Belegung führt, dagegen die Knöpfe beider Flaschen durch eine Metallstange untereinander leitend verbindet. In jedem dieser drei letztgeschilderten Fälle erhält man weit längere Funken als im ersten Falle; dieselben verlaufen jedoch nicht gradlinig, sondern in Zickzacklinien, sie sind nicht so massig wie bei der Schaltung nebeneinander, sondern viel dünner, auch rufen ihre Entladungen viel geringere Effecte am menschlichen Körper hervor als bei der erstbesprochenen Schaltung.

Zur Verwerthung dieser Influenzmaschine zu Heilzwecken, benütze ich ausser den erwähnten Apparaten (nämlich der Influenzmaschine, den zwei Kleist'schen Flaschen und den entsprechenden Verbindungsstäben) noch einen Isolirschemel, zwei Stative, Verbindungskabel zur leitenden Verbindung dieser letzteren mit der Influenzmaschine, Kugeln und Spitzen als Polenden, sodann verschieden gestaltete Elektroden, je nach dem speciellen Bedarfe.

Alle diese Nebenapparate, sowie die Anordnung der Maschine zum Gebrauche, sind in Fig. 3 veranschaulicht.

Der Isolirschemel J (Fig. 3) besteht aus einem 1 m langen und 70 cm breiten, starken Holzbrett, dessen Oberseite mit einer Zink-

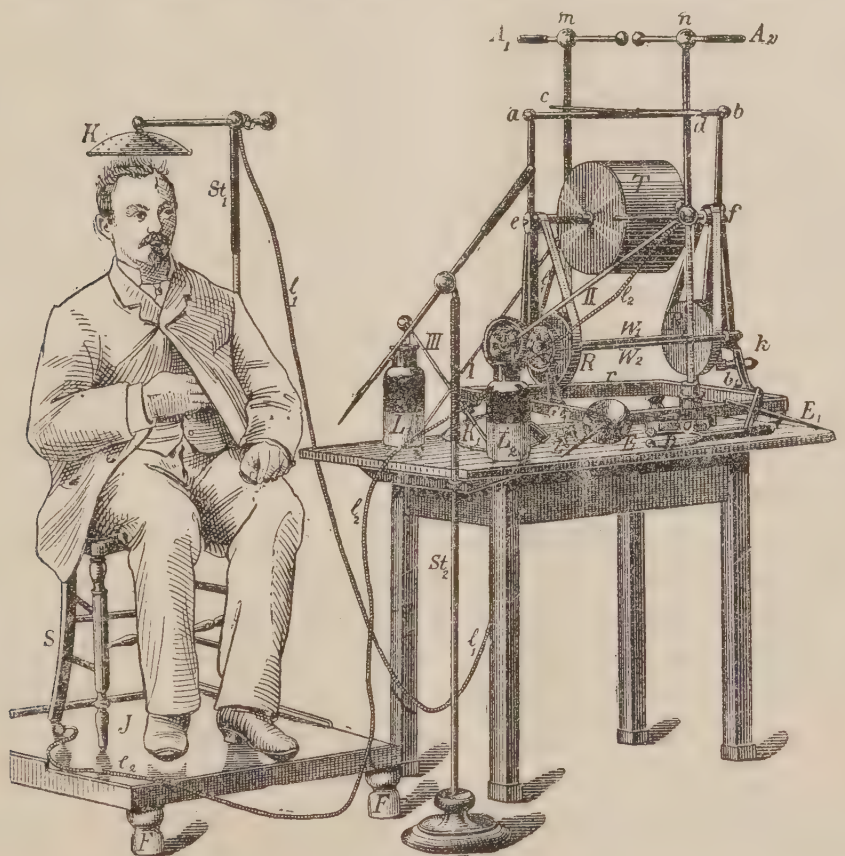


Fig. 3.

platte überkeidet ist und das auf vier massiven, je 12 cm. hohen Porzellanfüssen F F ruht. Die Dimensionen dieses Isolirschemels sind so gewählt, dass eine Person bequem auf einem Sessel S sitzen kann. Damit dieser Sessel vom Isolirschemel nicht abgleite, besitzt dieser an drei Seiten (wie aus der Zeichnung ersichtlich) eine einige Centimeter über das Niveau der Zinkplatte ragende Sesselleiste.

Da die Methoden der Franklinisation vorzüglich nach drei Richtungen bisher ausgebildet sind, nämlich in elektrischen Ladungen, sodann in Application des sogenannten elektrischen Windes (allgemeine Franklinisation oder elektrisches Luftbad) d. h. in Büschelentladungen, sowie endlich in der Anwendung von Funkenentladungen bestehen, die letzten zwei Methoden aber auf einzelne Körperstellen zu localisiren sind, werden verschiedene Einrichtungen nöthig.

Zur *Ladung* wird der Patient auf den Isolirschemel gebracht, dieser mit dem einen Pole der Maschine verbunden, die Leitung von dem anderen Pole der Maschine dagegen zur Erde geführt und die Maschine in Thätigkeit gesetzt. Hiebei kann der Patient mit positiver oder negativer Elektricität geladen werden, was die einfachste und in ihrer Wirkung mildeste Applicationsweise der Franklinisation darstellt.

Die *elektrischen Büschelentladungen*, der sogenannte *elektrische Wind* oder das *elektrische Luftbad*, werden gegen bestimmte Theile des Körpers gerichtet, indem man dem auf dem Isolirschemel stehenden oder sitzenden Patienten den positiven Pol mittels einer Spitze nähert, während der negative Pol mit der Zinkplatte des Isolirschemels in leitende Verbindung gesetzt wurde. In ganz derselben Weise applicirt man auch Funkenentladungen, nur verwendet man hiezu in Kugeln ausgehende Elektroden. Derlei Elektroden bestehen aus einem Metallrohrstücke, an das sich bequem je nach Bedarf eine Spitze oder eine Kugel anstecken lässt; am entgegengesetzten Ende ist in das Rohrstück ein Ebonithandgriff eingefügt. Diese Elektroden sind von differenter Länge und so eingerichtet, dass sie entweder mit der Hand dirigirt oder mit Hilfe eines Statives in die bestimmte Lage gebracht werden können. Ein Paar Handelektroden sind auf dem Tische vor der Influenzmaschine als E, E_1 ersichtlich gemacht. An der Grenze zwischen Metallrohr und Handhabe befindet sich an diesen noch eine gegen die Handhabe concav, gegen den Endpol convex gebogene Hartgummiplatte, um eine mögliche Entladung durch den Körper des Operirenden hintanzuhalten.

Eine besondere Methode der Verwerthung des sogenannten elektrischen Windes besteht in der Application der elektrischen *Kopfdouche*. Hiebei befindet sich der Patient am Isolirschemel, dessen Zinkplatte beispielsweise mit dem negativen Pole in Verbindung gesetzt wurde, während der positive Pol zu einer Kopfhaube geführt wird, die innen entweder glatt oder mit Spitzen versehen, über dem Kopfe des zu Elektrisirenden entsprechend suspendirt wird. Ehedem wurde ein halbes Rotationselipsoid oder ein halbes Hohlovoid, das dem Schädeldache in seiner Form möglichst entsprach, als Kopfhaube benützt; diese Form wurde jedoch bald mit Recht verlassen, weil an den Schmalseiten sich andere elektrische Dichten und Spannungen geltend machen als an den Breitseiten, somit einzelne Partien des Kopfes ganz unerwünscht intensiver beeinflusst werden mussten. Professor A. Eulenburg in Berlin verwendet zu gedachtem Zwecke eine glatte Metallplatte, die er oberhalb des Hauptes des Patienten suspendirt. Ich ziehe die halbkugelige Schale beiden Formen der Kopfhaube vor,

da an dieser vorerst die Elektricität überal gleiche Dichte und Spannung bezitzt und die einzelnen Theile der Kopfhaube zo ziemlich überall von den zu elektrisirenden Partien gleich weit abstehen, während bei der einfachen Metallplatte nur die centralen Theile dem Kopfe genähert erscheinen, die Randtheile aber erheblich weit abstehen. Die Spitzen an der Innenseite dieser sphärischen Kopfhaube K (die eine Oeffnung von 25 cm besitzt) habe ich in der Weise herstellen lassen, dass ich mittels eines spitzwinkeligen Durchschlageisens <-artige Winkelschlitze concentrisch im Umkreise ausführen und die hiedurch entstandenen Spitzen nach abwärts umbiegen liess. Ich benütze auch eine innen glatte Kopfhaube K_1 (am Tische hinter der Kleist'schen Flasche L_2 ersichtlich). Ich muss jedoch hinzufügen, dass während das Ausströmen der Elektricität aus der mit Spitzen versehenen Kopfhaube allen Elektrisirten die Sensation verursachte, als würde ein linder Regen auf deren Haupt herabrieseln (und zwar, selbst wenn beide Kleist'schen Flaschen eingeschaltet wurden) die glatte Kopfhaube (selbst bei Ausschaltung der Flaschen) immer nur Funkenentladungen vermittelte, die weit intensiver empfunden werden und auch weit intensiver wirken, denn die erstere Applicationsweise.

Zur *Application* leichter *Funken- oder Büschelentladungen auf das Trommelfell* verwende ich einen nach meiner Angabe von J. Leiter zuerst ausgeführten Apparat, der etwas undeutlich in o zwischen den beiden Handelektroden (E und E_1) am Tische ersichtlich gemacht ist. Dieser Apparat besteht aus einer Stirnbinde, die an einer innen weichen, aussen mit einer Metallplatte versehenen Schläfenpelotte eine Klemmschraube besitzt, in welcher ein Metallstab nach auf- und abwärts verschoben, sowie nach den Seiten gedreht werden kann. Dieser Metallstab trägt an seinem unteren Ende eine Zange für ein Kugelgelenk. Die zugehörige Kugel befindet sich an dem kurzen Stiele eines federnden, vorne offenen Ringes, in welchem ein Kautschukohrtrichter eingeschoben werden kann. Von dem Stiele geht ein schmales Hartgummiplättchen über die breite trichterförmige Oeffnung des Ohrtrichters nach abwärts, das eine federnde, kleine Metallöse besitzt, innerhalb welcher ein in eine Kugel endigender Metallstift in der Achse des Ohrtrichters beliebig tief vor- oder zurückgeschoben werden kann. Das äussere Ende dieses Metallstiftes ist zu einem Ringe zusammengebogen, der zur Verbindung mit dem einen Pole der Maschine dient. Diese Einrichtnng gestattet in bequemer Weise jede beliebige Stellung, somit bequeme Application dieses Ohrtrichters.

(Schluss folgt.)

II. Referate und Kritiken.

506) **M. Jastrowitz**: Beiträge zur Lokalisation im Grosshirn und über deren praktische Verwerthung.
(Deutsche Medic. Wochenschr. 1888 Nro. 5—11).

Während die Schädeleröffnung nach Bluhm'scher Statistik 51,25% Todesfälle lieferte, ergaben neuere Zusammenstellungen (Ami-

don, Roberts) eine Morbiditätsziffer von 3,2% und 4,0%. Gehirnoperationen bei Tumoren, Abscessen u. s. w. wo auf die klinische Lokalisationsdiagnose der chirurgische Eingriff geschah, wurden mit keineswegs abschreckenden Resultaten in neuster Zeit vielfach vorgenommen (Mr. Cormac, Macewen, Horsley, Jackson, Bastian, Ferrier, Bennet, Suckling, Drummond u. s. w.).

Die Vorbedingung für die Operation bildete die Kenntniss von der Natur und dem Sitz des Hirnübels, sowie exakte chirurgische Indikationen. Der Ausgangspunkt für die Diagnostik und somit für die Operation ist die motorische Region, welche nicht nur für die Motilitätsstörungen sondern auch für die sensorischen und geistigen Zustände von hohem Werthe ist, da wir eben durch Sprache, Schrift, Mimik, also motorische Aeusserungen, von unsern Eindrücken und Willensimpulsen Kunde geben. Die Fernwirkungen, welche die Localisation von Gehirnaffectionen erschweren, müssen unter bestimmte Regeln gebracht werden, um Irrthümer in der Diagnose vermeiden zu lassen.

Die Symptomengleichheit von Affectionen der Rinde und der darunter liegenden weissen Masse, wofür die Circulationsverhältnisse massgebend sind, hervorhebend, betont J. die Verwerthung der Exner'schen „negativen Methode“ und der „Methode der procentischen Berechnung“ für die Diagnostik der unregelmässig begrenzten Hirnläsionen.

In gedrängter Form fasst J. die Summen unserer Kenntnisse der Localisationslehre zusammen. Die Lehre von den absoluten und relativen Feldern der Motilität, soweit letztere einzelne Glieder, einzelne Muskelgruppen und einzelne Muskeln betrifft, das Coincidiren der sensiblen Rindenfelder, von denen wir keine absoluten kennen, mit der motorischen Corticalregion, die Localisation der Aphasie u. s. w.

Im Anschluss daran schildert Verf. 5 Fälle eigener Beobachtung, von denen 3 Geisteskranke, die beiden andern geistig intakte Personen betreffen.

Der 1. Fall, der einen 38 j. Epileptiker betrifft, illustrirt die Annahme des Verf., dass Blödsinn mit eigenthümlich heiterer Aufregung (Moria) einzig und allein bei Tumoren im Stirnlappen vorkommt und so wird für das bisher in seiner Function dunkle Stirnhirn eine Lokalisationserfahrung gewonnen: Die Diagnose auf einen Tumor des Stirnhirnes ist begründet, falls neben der erwähnten Geistesstörung Kopfschmerz, Erbrechen, Krämpfe u. dergl. vorhanden sind. In diesem Falle sass ein Conglomerattuberkel in der rechten oberen Stirnwindung dicht oberhalb der Umbiegung in den Orbitaltheil.

Der 2. Fall ist interessant, weil trotz zahlreicher Herde keine Diagnose während des Lebens gestellt wurde und keine Störung der Motilität vorhanden war. Es fanden sich Erbsen- bis Kartoffel-grosse Conglomerattuberkel im oberen Theil der hintern Centralwindung, im oberen Scheitelläppchen u. s. w. Dieser reiche Geschwulstgehalt wurde bei einem geistig gestörten Potatar (Immanitas ebriosa) gesehen, der später Schwachsinn zeigte, an Nephritis erkrankte und unter uraemischen Krämpfen zu Grunde ging. Das Latentbleiben sensorischer

und motorischer Störungen ebenso wie das Uebersehen einer p. m. gefundenen Myelitis der Hinterstränge musste auf die bei einem derartigen Geisteskranken nur mangelhafte Untersuchungsmöglichkeit zurückgeführt werden.

Der 3. Fall betrifft ein 29 j. Dienstmädchen, welches an Erregungszuständen litt, die sich in Tobsuchtsanfällen Luft machten; ein halbes Jahr vor ihrem Tode traten häufige Krämpfe ein, die ohne Störung des Bewusstseins oft bis zu 10 Minuten andauerten, von der rechten Hand ausgingen, in den r. Arm hineinstiegen und den r. Mundfacialis, zuweilen auch den Augenfacialis in Mitleidenschaft zogen. In den letzten Monaten Grössenideen und erotische Aufregung. Contractur im r. Ellbogengelenk, Parese des r. Vorderarmes (Extensoren und Supinatoren), keine grobe Störung der Hautsensibilität. Hektik, plötzlicher Tod.

Ausser 5 erbsengrossen bis bohnengrossen Tuberkeln in der l. hinteren Centralwindung, einem 6. im l. untern Scheitelläppchen, einem 7. am Fusse der l. untern Occipitalwindung, einem 8. flintenkugelgrossen im rechten Corpus striatum, fand sich ein kirschkerngrosser Knoten an der vorderen Abdachung der vorderen Centralwindung, an der Grenze des oberen und mittleren Drittels, am Rande der Praecentralfurche. Das Kleinhirn war mit haselnussgrossen Knoten durchsetzt. Miliare Tuberkel wurden nicht beobachtet. Tuberculose der Lunge, des Diaphragmas, der Leber und der Milz.

Der Knoten in dem mittleren Theile der vorderen Centralwindung, erklärt die r. Monoplegie und den r. Monospasmus, während sich die andern Tuberkel durch keine Symptome intra vitam zu erkennen gaben. Wenn es auch richtig ist, dass Lähmungen isolirter Funktionen isolirter Bewegungsformen einzelner Extremitäten als Ausfallserscheinungen aus centraler Ursache meist von Läsionen der Gehirnrinde herrühren, so kommt es doch vor, was Verf. zu bezweifeln scheint, dass z. B. kleine Herde in der innern Kapsel Paralyse einzelner Glieder wieder hervorrufen s. einen von Bennet und Campell mitgetheilten Fall in The Lancet 1885 Vol. I. S. 709 (referirt im neurol. Centralbl. 1885 Nro. 12).

Banquier M., 43 Jahre alt, klagte anfangs über einen dumpfen rechtss. Kopfschmerz, dem sich Schwindelgefühl, später Ziehen im l. Fuss und Hemmungsgefühl in der l. Hand anschlossen. Aehnliches Gefühl zeigte sich alsdann im l. Fusse. Abmagerung. Gemüthsweichheit. Nach einem Schwindelanfall entwickelte sich Monoplegie des l. Armes, die sich in einigen Tagen unter Herabsetzung der Sensibilität in den gelähmten Gliedern zu einer linkss. Hemiplegie mit andeutungsweiser Betheiligung des Mundfacialis gliedweise vervollständigte. Zugleich trat in den paralysirten Theilen Muskelrigidität ein. Déviation conjuguée der Augen nach rechts und Störung des Muskelgefühls in der l. Körperhälfte. Einige Wochen vor dem Tode traten wiederholt Krämpfe auf die meist die l. Seite betrafen, mit und ohne Bewusstseinsverlust verliefen; später Cheyne-Stokes'sches Athmen, Somnolenz, Decubitus in der Mitte des Os sacrum, wenige Tage vor dem

Tode wurde der Augenhintergrund normal befunden. Section: Grosses Gliosarcom der r. Hemisphäre, welches von der vorderen Centralwindung bis in das Paracentralläppchen reicht, peripher beiderseits von einem dünnen Ueberzuge der Gehirnrinde bedeckt. Oberste Stirnwindung rechts fast um das doppelte verbreitert, bedeutende Schwellung des Gyr. centralis anterior dexter.

57 j. Buchhändler. Nach einem Sturze auf die l. Seite zeigte sich nervöse Reizbarkeit; allmählig entwickelte sich Parese der rechts. Extremitäten. Wiederholt traten bei Erhaltensein des Bewusstseins unilaterale Convulsionen auf, die im rechten Bein begannen und in den r. Arm, die rechte Gesichtsseite hineinstiegen. Der r. Abducens ist paretisch. Pupillendifferenz. Parese des Mundfacialis, spastische Parese der rechts. Extremitäten. Fehlen des Plantar-, Bauch- und Cremasterreflexes. Steigerung des Kniephänomens und der Sehnenreflexe des r. Armes. R. Fussclonus. Erhöhung der mechanischen Muskelerregbarkeit. Herabsetzung der Sensibilität, der Schmerzempfindlichkeit und der Gefühlslocalisation auf der r. Seite. Später zeigte sich Unempfindlichkeit der Mundhöhle, der Zunge und der Nasenschleimhaut. Herabsetzung der cornealen Empfindlichkeit auf der rechten Seite. Die r. Extremitäten zeigten auffallende Störung des Muskelgefühls, Herabsetzung des Tastsinnes. Angenhintergrund ist normal. Im weiteren Verlaufe trat amnestische Aphasie hervor, welche nach und nach auch ataktischen Charakter annahm. Dysphagie, Decubitus, wiederholte Zuckungen im rechten Fuss und Unterschenkel besonders im Extensor hallucis longus. Coma. Tod.

Die Section ergiebt starke Schwellung der l. Centralwindungen in den oberen 2 Dritteln des oberen Sckeitelläppchens und Paracentrallappens. Unterhalb des oberen Theiles der l. vorderen Centralwindung findet sich ein klein hühnereigrosser Tumor, während ein bohnengrosser in der hinteren Centralwindung liegt. Im Stirnhirn und Kleinhirn zahlreiche kleine Haemorrhagieen. Diagnose: Sarcoma fibrosum haemorrhagicum.

In der epikritischen Besprechung der beiden Fälle weist J. darauf hin, dass wegen der isolirten Lähmung, Contractur und Krampfes der Krankheitsherd in die motorische Rindenregion verlegt werden musste. Die Krämpfe im bisher gesunden Beine erklärten sich am besten durch den Heidenhain'schen Versuch, welcher lehrt, dass nach Exstirpation der Rinde einer Seite Reizung des unterliegenden Markweisses Krämpfe der gleichen Seite erzeugt und zwar durch Reizung der nach der gegenüberliegende Seite ziehenden Commissurfasern, wesshalb beim Auftreten von Krämpfen, die mit dem Herde gleichseitig sind, eine starke Zerstörung der grauen Rindensubstanz vorausgesetzt werden kann. Im Anschlusse an Fall 5 stellt J. die Möglichkeit hin, dass für den Menschen das Centrum für die Extension der grossen Zehe 4 cm. ca. von der Scissur. magna in der hinteren Centralwindung liegt.

Die Sensibilitätsstörungen bei Affektionen der motorischen Region musternd, hebt J. in Bezug auf die kinästhetischen Empfindungen her-

vor, dass sie in der motorischen Gegend lokalisirt sind (nach Ferrier im Gyr. formicat, nach Nothnagel im Scheitelläppchen).

Was die chirurgische Behandlung der Gehirnkrankheiten betrifft so folgt der Verf. im Aufstellen der Indicationen den von Bergmann-'schen Auseinandersetzungen („Chirurgische Behandlung der Hirnkrankheiten"). Ein für den Operateur relativ günstiges Feld der Thätigkeit boten die traumatisch entstandenen Fälle von Jackson'scher Epilepsie dar, bei denen nach der Operation die innere Therapie (Bromide) zur Abstumpfung ihres Nervensystems gegen Reize, nicht versäumt werden dürfte. Gehirnabscesse, deren Sitz erkennbar ist, müssten eröffnet werden. Die Misslichkeit der Tumorenoperation hängt wesentlich von der lokalisatorischen Schwierigkeit, von der latenten Multiplicität der Geschwülste u. s. w. ab. Sehr wichtig erscheint dem Verf. die Frage, ob man nicht den bei den verschiedenen Hirnleiden vorkommenden und zu bedrohlichen Erscheinungen führenden Hirndruck durch Eröffnen der Schädelkapsel beseitigen kann und soll. Bei Gehirnblutungen käme ein operativer Versuch der Aufhebung des intracraniellen Druckes vielleicht oft in Frage. Periphere meningeale Blutungen gäben für die Trepanation günstige Prognose.

J. Ruhemann (Berlin).

---

507) **H. Senator** (Berlin): Casuistische Beiträge zur Kenntniss der Herderkrankungen des Gehirns. (Charité-Analen. XIII. Jahrg. Seperat Abdruck.)

1. Solitärer Tuberkel im linken Thalamus opticus. Rechtsseitige Ataxie. Tod durch Masern.

Otto B., 2 Jahre alt, trat am 12. April 1887 mit der Angabe, dass er seit einiger Zeit rückenmarkleidend sei, in Behandlung. Weiteres konnte anamnestisch nicht ermittelt werden.

Die im Laufe der nächsten Woche wiederholt vorgenommene und ergänzte Untersuchung ergab folgendes:

Pat. hat eine seinem Alter entsprechende Körperlänge, die Fontanellen sind geschlossen, 16 Zähne vorhanden und auch sonst am Knochengerüst keine Abnormität. Der Ernährungszustand ist ziemlich gut, die Intelligenz dem Alter entsprechend. Er ist im allgemeinen ein ruhiger, artiger Knabe.

Die Untersuchung der inneren Organe ergab bei der Aufnahme und in den ersten Tagen nachher keine bemerkenswerthe Abnormität. Dagegen zeigten die rechtsseitigen Extremitäten auffallende Bewegungsstörungen, welche sogleich näher beschrieben werden sollen. *Das Gesicht zeigt eine leichte, aber deutliche Ungleichheit, welche durch ein leichtes Verstrichensein der rechten Nasolabialfalte bedingt ist. Diese Ungleichheit verschwindet bei mimischen Bewegungen, Weinen u. dergl. vollkommen, so dass alsdann zwischen beiden Gesichtshälften kein Unterschied zu bemerken ist.* Ob die willkürlichen Bewegungen der rechten Mundhälfte behindert sind, lässt sich nicht entscheiden, keinenfalls jedoch besteht eine erhebliche Störung derselben. Die Bewegungen der Augen sind ganz normal ausführbar. Schielen ist nicht vorhanden

die Pupillen reagiren normal Die Zunge wird gerade herausgestreckt und ist frei nach allen Richtungen beweglich, Sprache normal. Gaumensegel und Zäpfchen ebenfalls normal beweglich. Eine eingehende Prüfung der Sinnesorgane ist nicht ausführbar, doch lassen sich gröbere Störungen des Gesichts und Gehörs mit Sicherheit ausschliessen.

Der *rechte* Arm erscheint schon für die einfache Besichtigung etwas *magerer* als der linke. Sein Umfang beträgt in der Mitte des Oberarms 14 cm, während der linke an der entsprechenden Stelle 15 cm im Umfang misst, die Mitte des Unterarms zeigt rechts 13,0 cm, links 13,5 cm. An den Händen ist ein Unterschied nicht sicher nachzuweisen, die *Länge* der Oberextremitäten ist beiderseits gleich. Die *Bewegungen* des rechten Arms werden schleudernd und ataktisch ausgeführt. Pat. greift an vorgehaltenen Gegenständen vorbei u. s. w. Ueber die grobe *motorische Kraft* ist es unmöglich, ein Urtheil zu gewinnen. *Contracturen* bestehen nicht. Die *Reflexbewegungen* auf cutane Reize (Stiche) sind normal. Klopf- (Sehnen-) Reflexe beiderseits ziemlich gleich. *Passive Bewegungen* sind in sämmtlichen Gelenken leicht ausführbar, es bestehen *keine Contracturen. Die Sensibilität* scheint nicht gestört zu sein. Von Seiten der Haut und Nägel sind keine Auffälligkeiten zu bemerken.

Pat. kann allein nicht gehen. Wird er geführt, so zeigt das rechte Bei ausgesprochenen „Hahnentritt", indem es schleudernd weit über das beabsichtigte Mass in die Höhe gehoben und stampfend aufgesetzt wird. Im Liegen erscheint die Ataxie geringer, doch scheitern genaue Versuche an dem Eigensinn oder der Ermüdung des Kindes.

Der *Ernährungszustand,* Längen- und Dickendurchmesser des rechten Beins ist fast genau gleich demjenigen des linken. *Patellarreflex* beiderseits gleich lebhaft, ebenso die *Hautreflexe* (auf Stechen, Kitzeln). Die *passiven Bewegungen* überall leicht ausführbar, nirgends Contracturen. *Sensibilität,* soweit sich ermitteln lässt, ungestört. Vasomotorische oder trophische Störungen nicht zu finden. Störungen von Seiten der Blase und des Mastdarms nicht vorhanden.

Die *elektrische Untersuchung,* welche nur mit dem Inductionsapparate ausgeführt werden konnte, ergab im Bereich der Extremitäten beiderseits gleiches normales Verhalten, sowohl bei direkter wie indirekter Reizung.

Eine wesentliche Aenderung dieses Zustandes trat während der ganzen Beobachtungszeit, nämlich bis zu dem am 24. Juni erfolgten Tode, nicht ein.

Das übrige Befinden zeigte dagegen verschiedene Störungen, über welche hier nur in Kürze berichtet werden mag.

Schon wenige Tage nach seiner Aufnahme bekam das Kind einen leichten *Tracheo-Bronchialkatarrh* ohne Fieber, der in wenigen Tagen vorüberging. Ende Mai erkrankte es unter leichten Fieberbewegungen bei denen die Temperatur nur ein einziges Mal 38,4° C. erreichte, an *gastrischen Störungen und Diarrhoe,* welche etwa eine Woche lang dauerten. Kaum waren diese überstanden, so fing der kleine Pat. von Neuem an zu fiebern (am Abend des 8. Juni) und zeigte am 12. Juni

einen deutlichen *Masernausschlag*. Dabei war das Fieber mässig, nur die Respirationsfrequenz ungewöhnlich stark und die Lymphdrüsen am Halse geschwollen. Am 15. Juni, also nach dreitägigem Bestehen, blasste das Exanthem ab und die Temperatur wurde normal. Jedoch blieb ein rauher, heiserer Husten bestehen, welcher sich zeitweise zu ausgesprochenem bellendem Crouphusten steigerte. Vom 19.—24. Juni Fieber (Pneuro-pneumonie); am 24. Tod.

Die am 25. Juni von Herrn Dr. D. Hansemann ausgeführte Section ergab: Myocarditis parenchymatosa, Pleuritis fibrino-serosa sin., Pneumonia lobi infer. sin., Oedema pulmonum, Laryngitis et Tracheitis fibrinosa. Hyperplasia pulposa lienis. Nephritis parenchymatosa haemorrhagia. Gastroadenitis parenchymatosa. Enteritis follicularis chronica. Diverticulum Meckelii. Hepatitis parenchymatosa. Ausserdem sei aus dem Sectionsprotokoll noch erwähnt, dass die Lymphdrüsen am Halse und im Hilus der Lungen stark geschwollen waren, aber ohne Verkäsung.

Ueber den Schädel und seinen Inhalt heisst es im Protokoll:

Schädeldach symmetrisch gebaut. Die Maschen der Arachnoidea stark mit Flüssigkeit durchdränkt. Gefässe sehr blutreich. Hirnsubstanz feucht. Beide Seitenventrikel besonders links durch klare Flüssigkeit etwas ausgedehnt. Ependym glatt und glänzend. *Im linken Thalamus opticus war ein wallnussgrosser solitärer Tuberkel.*

Die nähere Untersuchung des letzteren ergab Folgendes: Die Geschwulst nimmt ziemlich den ganzen linken Thalamus opticus ein und reicht nirgends über denselben hinaus, namentlich, soweit sich durch makroskopische Betrachtung feststellen lässt, nicht bis in die innere Kapsel; nach innen, d. h. nach der Ventrikelseite zu, hat sie den Sehhügel anscheinend etwas hervorgewölbt. Sie ist von rundlicher Gestalt und hat einen Durchmesser von 2 bis 2,5 cm, ist von einer zarten, vascularisirten Membran umschlossen und durch diese von der umgebenden Hirnsubstanz abgegrenzt, von welcher sie sich leicht ablösen lässt. Man kann dann feststellen, dass wenigstens für die makroskopische Betrachtung nach hinten und ganz besonders nach oben noch ein Theil der Substanz des Sehhügels erhalten ist. Die obere, also die die Geschwulst bedeckende Schicht hat eine Dicke von etwa 2 mm.

Auf der Schnittfläche ist die Geschwulst von gelblicher Farbe und leicht bröckelig.

Weder aus den Randtheilen des Tumors noch aus der ihn umkleidenden Membran oder aus der unmittelbar anliegenden Hirnmasse gelang es, Tuberkelbacillen darzustellen.

Das *Rückenmark* zeigte weder im frischen Zustande, noch nach der Härtung in Müller'scher Flüssigkeit irgend eine Abnormität.

Epikrise. Das Interesse des vorstehend berichteten Falles knüpft sich ausschliesslich an die Tuberkelgeschwulst im linken Thalamus opticus. Der Umstand, dass nur eine einzige gut abgegrenzte Geschwulst vorhanden war und dass insbesondere keine Meningitis bestand, welche so häufig als Complication gerade in Tuberkelgeschwülsten hinzutritt, erhöht den Werth der Beobachtung und lässt sie in vorzüglichstem

Grade geeigneter scheinen für das Studium der dem Thalamus opticus zukommenden Functionen. Denn dass die Affection desselben denjenigen Anforderungen in vollem Masse entspricht, welche in neuerer Zeit mit Recht von Herderkrankungen des Gehirns zur Verwerthung für die topische Diagnostik verlangt werden, bedarf keiner weiteren Ausführung. Leider hat nur durch das allzu jugendliche Alter des Pat. die klinische Untersuchung in vielen Stücken mangelhaft bleiben müssen.

Die hauptsächliche Störung betraf die *die Motilität der rechtsseitigen Extremitäten* und bestand in *Ataxie* bei willkürlichen Bewegungen, also in der eigentlichen Ataxie im engeren Sinne, nicht in jenen, häufig auch als „ataktisch" bezeichneten, choreiformen, ruckartigen Bewegungen wie man sie auch ohne intendirte Bewegung und gerade auch halbseitig in gelähmten Gliedern („Hemichorea posthemiplegica") beobachtet, wie sie aber auch nach dem Verschwinden der Lähmung und ohne dieselbe als einfache Hemichorea und dann namentlich bei Affectionen des Thalam. opticus vorkommen sollen. (Nothnagel. Bernhardt. Bechterew.)

In vorliegendem Fall waren, nicht eigentlich choreiforme Bewegungen vorhanden, denn in der Ruhe war bei dem kleinen Patienten keine Abnormität an den Extremitäten (abgesehen von der Atrophie, von welcher noch die Rede sein wird) zu bemerken. Demnach könnte man unter Anerkennung des von Bechterew aufgestellten Satzes umgekehrt wohl sagen, *dass Affectionen eines Sehhügels zu Coordinationsstörungen in den entgegengesetzten Extremitäten führen, welche sich entweder in choreiformen Zuckungen sei es mit, sei es ohne intendirte Bewegungen oder als eigentliche Ataxie* zu erkennen geben.

Bechterew hat noch auf ein anderes eigenthümliches Symptom als charakteristisch für Affectionen der Sehhügel oder auch nur eines Sehhügels aufmerksam gemacht, welches vereinzelt früher schon auch von anderen Beobachtern wahrgenommen worden ist, nämlich: *auf die Störung der unwillkürlichen mimischen Bewegungen vornehmlich der Gesichtsmuskeln.* Patienten mit einer derartigen Störung zeigen nicht die bei psychischen Emotionen (Lachen, Weinen) gewöhnlichen Veränderungen des Gesichtsausdrucks, d. h. die unwillkürlichen mimischen („psychisch-reflectorischen") Bewegungen der Gesichtsmuskeln fehlen bei ihnen, gleichviel, ob die anderweitige willkürliche Bewegung derselben erhalten ist, oder nicht.

Bei den kleinen Patienten P.'s bestand indessen dieses eigenthümliche Symptom nicht, man darf also es nicht als ausnahmsfreie Regel betrachten, dass bei Sehhügelaffectionen die unwillkürlichen mimischen Gesichtsbewegungen aufgehoben sind und also auch aus dem Erhaltenbleiben derselben nicht auf Unversehrtheit der Sehhügel schliessen. Wohl aber wird es umgekehrt nach den Untersuchungen Bechterew's gestattet sein, aus dem Vorhandensein jenes Symptoms also aus dem Fehlen der mimischen, psychisch-reflectorischen Ausdrucksbewegungen des Gesichts auf eine Betheiligung eines Sehhügels oder beider, je nachdem nur eine Gesichtshälfte oder das ganze Gesicht das Symptom zeigt, zu schliessen.

Ausser der Ataxie bestand von Seiten der Motilität noch eine *Parese der rechtsseitigen unteren Facialiszweige.* Ob auch die Extremitäten paretisch waren, liess sich nicht entscheiden, auffallend herabgesetzt war ihre willkürliche Bewegungsfähigkeit jedenfalls nicht. Da Lähmungen der Willkürbewegungen sicher nicht von Affectionen des Sehhügels abhängen, so muss jene Parese wohl von einer durch die Geschwulst ausgeübten Beeinträchtigung benachbarter, der corticomuskulären Bahn angehörender Fasern, sei es in dem angrenzenden Theil der inneren Kapsel oder im Hirnschenkel, abgeleitet werden.—

Dem Sehhügel sind theils in älterer, theils in neuerer Zeit noch verschiedene Functionen zugeschrieben worden, deren Beeinträchtigung zu erwarten sein musste, wenn er ganz oder wenigstens in ausgedehntem Masse, sowie in dem mitgetheilten Fall, zerstört ist. Man hat ihm Beziehungen zur *Sensibilität* zugeschrieben, ferner zum *Gesichtssinn* und zur *Athmung*, sodann *vasomotorische* Eigenschaften, *thermische* Wirkungen und endlich (Ott und Woodfield)*) eine *Hemmungswirkung auf die Darmperistaltik.*

Es liegt in der Natur der Sache, dass die Untersuchung bei dem Kinde nicht nach allen diesen Richtungen vorgenommen werden konnte. Namentlich musste man auf eine eingehende Prüfung des Gesichtsinns verzichten und konnte deshalb nicht feststellen, ob Hemianopsie, wie sie in einigen Fällen isolirter Läsion des Thalamus opticus zumal in einem hinteren Drittel gefunden wurde, in unserem Fall vorhanden war.

Eine gröbere Störung der Sensibilität war in vorliegendem Fall nicht vorhanden, was in Uebereinstimmung mit anderen Beobachtungen steht. Ueber feinere Störungen, über das Verhalten der einzelnen Empfindungs-Qualitäten liess sich kein Urtheil gewinnen.

In Bezug auf das Verhalten der Hautgefässe, der Temperatur der betroffenen Theile, oder des ganzen Körpers war irgend eine Auffälligkeit nicht vorhanden. Das Kind verhielt sich in dieser Beziehung, wenn es von intercurrenten Krankheiten frei war, normal und fieberhafte Krankheiten, namentlich die schliessliche Erkrankung an Masern verlief bei ihm in Bezug auf das Fieber so, wie bei andern Kindern. Von Seiten der Darmperistaltik war vollends gar keine besonders auffällige Erscheinung zu bemerken gewesen. Die Unregelmässigkeiten der Stuhlentleerung, namentlich die anfänglich bestehende Diarrhoe, fanden in dem durch die Section aufgewiesenen folliculären Catarrh der Darmschleimhaut ihre vollständige Erklärung.

Dagegen bedarf die *Atrophie der rechtsseitigen Extremitäten* oder wenigstens des Arms noch einer besonderen Erklärung. Es liegt kein Grund vor, sie mit der Läsion des Sehhügels in Zusammenhang zu bringen, einmal, weil in den bisher vorliegenden ähnlichen Beobachtungen eine Atrophie nicht beobachtet, oder doch nicht besonders hervorgehoben worden ist und sodann, weil bei Kindern, wie bekannt, anders wie bei Erwachsenen, die verschiedensten Cerebrallähmungen eine Atrophie der befallenen Glieder, oder richtiger vielleicht ein Zurückbleiben

*) Journal of nervous and mental diseases. 1879. Nro. 4, S. 654.

im Wachsthum, also eigentlich nur eine scheinbare Atrophie, bedingen. Vielleicht handelt es sich dabei nur um eine sog. Unthätigkeits-Atrophie die bei Kindern sich in höherem Grade bemerklich macht. Der kleine Patient gebrauchte im allgemeinen den rechten Arm, obgleich er ja nicht eigentlich gelähmt war, weniger als den linken, vermuthlich, weil ihn die ataktischen Bewegungen störten. Vielleicht hat dieser Umstand mit zur Ausbildung der Atrophie oder zum Zurückbleiben im Wachsthum beigetragen.

2. *Linkshändigkeit in Folge hereditärer Anlage. Abscess im linken Schläfenlappen ohne Störungen des Gehörs und der Sprache Ohrensausen.*

Der 35 jährige Kaufmann Otto R. wurde am 7. Februar 1888 auf die Privatabtheilung des Augusta-Hospitals aufgenommen.

Amnestisch wurde von dem Patienten selbst, sowie von seiner Frau und seinem Arzt (Herr Dr. Schilling) in Erfahrung gebracht, dass er am 20. October 1883, also $3^1/_2$ Monate vor der Aufnahme, anscheinend nach einer leichten Erkältung mit Erbrechen, Kreuz- und Leibschmerzen erkrankte und dabei fieberte. Am folgenden Tage wurde ein stark blutiger Urin entleert, welcher ausser Blutkörperchen auch einige spärliche Epithelialcylinder enthalten haben soll. Der Zustand änderte sich im Laufe der nächsten Woche wenig, Pat. klagte über Schmerzhaftigkeit des Leibes, welcher auch auf Druck, namentlich in der Lebergegend, empfindlich war. Dabei traten von Zeit zu Zeit Schüttelfröste auf mit Temperatursteigerungen bis über 40 Grad, während in der Zwischenzeit ein mässiges Fieber bestand. Der Urin wurde schnell wieder hell, verlor seinen Blutgehalt und war bald auch frei von Eiweiss und Cylindern. Mit abwechselnder Besserung und Verschlimmerung zog sich der Zustand in dieser Weise hin, doch wurde der bis dahin sehr fettleibige Patient zusehens mager und fühlte sich immer elender, namentlich nach den Schüttelfrösten, welche übrigens ganz unregelmässig auftraten. In den letzten Tagen hat übrigens das Fieber nachgelassen.

Pat. war ziemlich starker Biertrinker und hat vor vielen Jahren an Lues gelitten. Er ist verheirathet, aus seiner Ehe sind 9 Kinder geboren, von denen 7 innerhalb des ersten Lebensjahres gestorben sind, während 2 im Alter von 5 und 2 Jahren leben und angeblich gesund sind. Aehnliche Erkrankungen, wie die gegenwärtige, will Pat. in den letzten 2 Jahren schon 3 mal durchgemacht haben; sie bestanden in Leibschmerzen und Erbrechen, waren aber weniger heftig.

Vor $2^1/_4$ Jahren ist Pat. ein paar Stufen von einer Leiter gefallen und mit der rechten Seite leicht gegen eine Kiste geschlagen. Er empfand danach etwa 8 Tage lang geringe Schmerzen, die ihn aber in seiner Beschäftigung nicht hinderten.

Status praesens am 8. Februar. Pat. ist von kräftigem Knochenbau, Muskulatur und Panniculus sind stark geschwunden, das Aussehen stark cachectisch, Haut und sichtbare Schleimhautabschnitte blass, Sensorium frei, an den Unterschenkeln geringes Oedem. Drüsenschwellungen nicht vorhanden.

Leib stark aufgetrieben, in beiden Hypochondrien, namentlich in dem rechten, sehr druckempfindlich. Die Palpation lässt eine Geschwulst in der Tiefe durchfühlen, welche von der Lebergegend nach abwärts bis fast zur Nadelhöhe reicht, nach links bis über die Mittellinie hin, hier aber undeutlich wird. Erst weiter nach links, in der Milzgegend, macht sich wieder eine Resistenz geltend, welche ebenso wie die ersterwähnte Geschwulst gedämpften Percussionsschall giebt.

Das Herz ist nach oben gedrängt, Spitzenstoss im 4. Intercostalraum. Töne rein. Auf der Rückseite des Thorax in den unteren Partien beiderseits Dämpfung und abgeschwächtes Athmen, sonst im Bereich der Lungen nichts Abnormes. Kein Husten.

Zunge belegt, Stuhl nach 3tägiger Verstopfung auf Klystier erfolgt. Urin hochgestellt klar, ohne Eiweiss, stark indicanhaltig. Temp. (in axilla) gestern Abend 37,0°, heute früh 36,5°.

Der Zustand änderte sich in den folgenden Tagen nicht wesentlich, nur trat in den unteren Partien des Leibes Dämpfung auf. Erbrechen erfolgte sehr häufig, obgleich Pat. fast gar nichts genoss. Fieber war nicht vorhanden, die Temperatur sogar zuweilen subnormal (bis 35,6°). Die Schwäche des Patienten nahm immer mehr zu.

15. Februar. Pat. ist sehr schwach, spricht und klagt wenig, hat wieder mehrmals geringes Erbrechen gehabt.

Am Abend tritt ganz plötzlich ein heftiger Krampfanfall auf mit Verlust des Bewusstseins. Die tonisch-klonischen Krämpfe dauern etwa 3 Stunden, worauf gegen Mitternacht der Tod eintritt.

Section am 16. Februar (Dr. O. Israel). Grosser, schlank gebauter Mann. Abdomen stark aufgetrieben, sonst äusserlich keine Abnormität.

Schädeldach von regelmässiger Anlage. In der Tabula vitrea int. zahlreiche mässig tiefe Gefässfurchen. Dura dünn, ohne Abnormitäten. In den Maschen der Arachnoïdes reichliche klare Flüssigkeit.

Im linken Schläfelappen, derartig central gelegen, dass gerade noch die graue Rindensubstanz unberührt bleibt, findet sich ein über wallnussgrosser Abscess, der mit dickem, gelblichem, nicht riechendem Eiter gefüllt ist. Die Wand des Abscesses besteht aus einer weisslichgelben, weichen, bröckeligen inneren Schicht, während die zunächst anstossende (äussere) Zone ein durchscheinend graues Ansehen hat und, ein wenig breiter als die innere, ungefähr 1,2 mm misst. In seinem vorderen Theil kommt der Abscess am nächsten an die Oberfläche der 2. (mittleren) Schläfenwindung, etwa in deren Mitte und von da sich nach hinten erstreckend. Bei genauerer Besichtigung lässt der Abscess verschiedene unregelmässige Ausbuchtungen nach oben und unten, in die benachbarten Schläfewindungen (1 und 3) erkennen, die sich besonders in die Rinde hinein erstrecken, so dass diese ein grob maulbeerartiges Aussehen bekommen hat. In der Umgebung des Abscesses zeigt die anstossende Hirnsubstanz eine leichte Röthe in der Ausdehnung von etwa 2 mm Breite.

Ein zweiter, weit kleinerer Abscess findet sich im linken Centrum semiovale Vieussenii. Derselbe hat nur die Grösse einer Erbse, im

Uebrigen aber denselben Inhalt, wie der grössere. Sonst finden sich keine Abnormitäten im Gehirn, dessen Substanz durchweg feucht und vom mitleren Blutgehalt ist.

Herzbeutel enthält etwa 40—50 g klarer Flüssigkeit, das normal grosse Herz ist schlaff, blass grauroth, die Muskulatur brüchig. Endocard intact.

In beiden Pleuren je 400—600 g klare, gelbliche Flüssigkeit. *Unterlappen der linken Lunge ein derbwandiger hühnereigrosser Abscess und ein zweiter von der Grösse einer Bohne.* Beide reichen nicht bis an die Pleura. Sonst in den Lungen nichts Bemerkenswerthes.

Sämmtliche Därme, sowie Leber und Milz mit frischen trockenen Fibrinbeschlägen bedeckt und locker mit einander verklebt. Der Douglas'sche Raum und der untere Theil des Beckens ausgefüllt von einem fast faustgrossen Tumor, der sich in seinen oberen Theilen in die Fibrinschwarten fortsetzt. Er besteht aus gallertigem Gewebe, ist in seinen dem Peritoneum des Douglas'schen Raumes aufsitzenden Partien sehr gefässreich und enthält zahlreiche weissliche markige Theile, doch überwiegen die schleimigen Theile im Ganzen bedeutend (Myxosarcom).

Milz nicht vergrössert, schlaff, anämisch. Nieren leicht getrübt, schlaff. *In der Leber zahlreiche Abscesse von Erbsen- bis Hühnereigrösse*, die grossen durch Zusammenfliessen kleinerer gebildet; die kleinsten liegen deutlich im portalen Gebiet und zeigen an vielen Stellen stark gallige Färbung. Das übrige Leberparenchym atrophisch, von dunkelbraunem Farbenton. Im Dickdarm stark schieferige Färbung der Schleimhaut, welche mit starken, vielfach den Falten entsprechenden Narbenzügen bedeckt ist. Bis in das Rectum reichende Hypertrophie der Muskularis, welche eine Dicke bis zu 3 mm hat. Im übrigen Darm sowie im Magen keine besonderen Veränderungen.

Epikrise. Die Diagnose war auf *Hepatitis suppurativa*, vermuthlich als Folge älterer Verschwärungsprocesse im Bereich der Pfortaderwurzeln (Typhlitis?) und auf hinzugetretene *Peritonitis* gestellt worden. Wiewohl die Section Beides, die Leberabscesse und die Peritonitis aufwies, so war doch der anderweitige Befund im höchsten Grade und doppelt überraschend; ein Mal, indem sich eine bei Lebzeiten nicht erkannte *Geschwulst des Peritoneums* fand, sodann aber und noch viel mehr durch die *Hirnabscesse*, insbesondere den *grossen Abscess im linken Schläfelappen.*

Dass jene Geschwulst, die tief im Becken sass, der Diagnose entgangen war, hat nichts Auffallendes. Aber dass der Abscess im Schläfelappen, in jener Gegend also, deren Zerstörung sensorische Aphasie (Wernicke) oder Worttaubhaut (Kussmaul) zu bewirken pflegt, sich gar Nichts verrathen hatte, ja dass überhaupt während der ganzen Beobachtungszeit nicht das geringste Zeichen eines Hirnleidens vorhanden gewesen war, bis auf die dem Tode vorhergegangenen Krämpfe, — das erschien so auffallend und abweichend von der Regel dass Verf. sofort auf den Gedanken kam, dass der Vorstorbene *Linkshänder* gewesen sein könnte.

In der That ergaben nun die sofort angestellten Nachforschungen bei seiner Frau, dass ihr Mann von Jugend auf linkshändig gewesen sei und alle Verrichtungen, zu denen die Mehrzahl der Menschen die rechte Hand vorzugsweise zu gebrauchen pflegt, mit der linken machte, ausgenommen das Schreiben, welches er in der Schule mit der rechten Hand auszuüben gezwungen worden war[1]).

Der Pat. hatte weder während seines Aufenthaltes im Hospital, noch, wie die nachträglich bei seinen Angehörigen und bei dem früher behandelnden Arzte eingezogenen Erkundigungen ergaben, im Laufe der letzten Krankheit und ebensowenig vorher irgend eine Sprachstörung oder Störung des Gehörs verrathen. Nur über *heftiges Ohrensausen, namentlich links,* hatte er in seiner Krankheit, bevor er in das Hospital kam, geklagt. Die Untersuchung der Ohren hatte aber keine Abnormität ergeben. Auch sonstige Hirnerscheinungen hatten gefehlt.

Die Linkshändigkeit des Pat. war die Folge einer *hereditären Anlage,* wie Aehnliches schon wiederholt, wenn auch nicht gerade häufig, beobachtet worden ist. *Der Pat. hatte* 5 *Geschwister, von denen* 4 *sicher linkshändig* sind, über den fünften konnte in dieser Beziehung Nichts in Erfahrung gebracht werden. *Die beiden Kinder des Pat. im Alter von 5 und 2 Jahren, zeigen ebenfalls eine ausgesprochene Neigung, die linke Hand vorzugsweise zu gebrauchen.*

Der vorstehende Fall bildet ein vollständiges Seitenstück zu der von Westphal[2]) mitgetheilten Beobachtung, in welcher es sich um Zerstörung fast des ganzen linken Schläfelappens durch eine Geschwulst ohne Sprachstörungen und ohne Taubheit ebenfalls bei einem Linkshändler gehandelt hatte. Verf. schliesst sich durchaus den von Westphal an seine Beobachtungen geknüpften Bemerkungen an, dass der Fall nicht gegen die Lokalisation sprachlicher Functionen (speciell der Worttaubheit) verwerthet werden kann, wenn auch nicht dafür, und dass es interessant ist, dass lediglich auf Grund der bisherigen Erfahrungen allein durch den Sectionsbefund der Gedanke an die Möglichkeit einer vorhanden gewesenen Linkshändigkeit erweckt worden ist.

Dem erbsengrossen Abscess im Centrum semi-ovale glaubt Verf. eine besondere Bedeutung nicht zusprechen zu sollen.

---

508) **Zernoff**: Ein seltener Fall von Anomalie der Rolandofurche und der Centralwindungen. (Russisch. Archiv psychiatrii 1887.)

Anomalieen der Hirnfurchen und besonders die Ueberbrückung der typischen Furchen ist ein seltenes Vorkommniss. In Betreff der Rolandofurche sind bisher etwa 10 Fälle beschrieben (Wagner, Heschl, Féré, Giacomini). Zernoff beschreibt einen neuen solchen Fall. Die Rolandofurche ist durch eine Brücke getrennt, welche somit die Centralwindungen verbindet. Es ist dies eine seltene

---

[1]) Vergl. Ad. Kussmaul, die Störungen der Sprache in v. Ziemssen's Handb. der spec. Pathol. und Therapie. XII. Anhang. 1877. S. 147.

[2]) Berliner klin. Wochenschr. 1884. Nro. 49.

E.

Anomalie die auf 100—200 Fälle kaum einmal zum Vorschein kommt. Gegenüber Rüdinger und Giacomini bezweifelt Zernoff irgend einen Zusammenhang solcher anatomischer Umstaltungen mit der individuellen Hirnthätigkeit der betreffenden Subjecte.

Rosenthal (Warschau).

509) **Luigi Petrone** (Turin): Ueber Differentialdiagnose zwischen cerebralen und spinalen Nervenfasern. (Fortschr. d. Medicin. Nro. 9. 1888.)

Um eine Differentialdiagnose zwischen spinalen und cerebralen Nerven ohne Neurogliazellen zu stellen, schlägt Verf. vor, den betr. Nerv aus der Müller'schen Flüssigkeit in Ammoniakcarmin zu bringen und 3—8 Tage lang darin zu färben. Hierauf wird er in Glycerin zerzupft und in Glycerin untersucht. Ist der Spiralapparat gut gefärbt, so hat man ein centrales Stück eines Cerebralnerven, wenn nicht, so liegt ein Spinalnerv vor.

Diese Thatsache beruht darauf, dass die Spinalnerven eine dicke, den Eintritt des Carmin's verhindernde Schwann'sche Scheide besitzen.

Eine strenge Differenzialdiagnose zwischen den einzelnen Spinalnerven ist unmöglich. Goldstein (Aachen).

510) **Dawydoff:** Zur Symptomatologie der Hirnerschütterung.
(Protokolle der Kaukas'schen Medicinischen Gesellschaft.)

Verf. führt 2 Fälle von Commotio cerebri an. Beide betrafen junge Leute von 20 Jahren (1 Mann und 1 Mädchen) von kräftigem Körperbau, die 7 Stunden nach dem Falle in's Krankenhaus gebracht wurden. Das Gesicht dieser Individuen war leichenblass, Pupillen erweitert, Gesichtsausdruck leblos, die Reaction auf äussere Eindrücke blieb aus. Bewusstloser, soporöser Zustand, der Puls klein, 50', T. 38°. Nach einiger Zeit trat ein agitirter Zustand ein: der Blick ist verwirrt, die Kranke grob und reizbar, beschimpfen die Umgebung. Nach einigen Tagen trat nach und nach normaler Zustand ein.

Rosenthal (Warschau).

511) **Awtokratoff:** Ueber den Einfluss der Exstirpation der Schilddrüse bei Thieren auf das Centralnervensystem.
(Wratsch 1887, Nro. 45 u. 47.)

In seiner vorläufigen Mittheilung über obiges Thema behauptet der Verf., dass der Schilddrüse eine specielle Function zuerkannt werden müsse, und dass die Exstirpation derselben eine Reihe nervöser Störungen und zwar: spastischer Erscheinungen, Erhöhung der elektrischen Erregbarkeit der Hirnrinde und eine solche der galvanischen Erregbarkeit der peripheren Nerven hervorrufe.

Rosenthal (Warschau).

512) **Goldengorn:** Ein Fall von Merycismus aut Ruminatio.
(Russkaja Medicina Nro. 4.)

Das Leiden bestand in Zurückgabe der aufgenommenen Nahrung vom Magen nach dem Munde und umgekehrt, bis die Nahrung sauer und ausgeworfen wurde. Ausserdem leidete P. an heftiger nervöser Reizbarkeit, Kopfschmerz, Depression und Impotentia coeundi. Der 22 jährige Pat. heirathete im 16. Lebensjahre und übte in den ersten 3 Jahren 2—3 Mal täglich den Beischlaf aus. Diesen Abusus betrachtet Verf. als Ursache des Merycismus, dessen Wesen er in einer motorischen Neurose des Magens erblickt.

Rosenthal (Warschau).

---

513) **A. Selitzky:** Ueber Reflexneurosen als Folge von Nasenerkrankungen. (Arbeiten der Moskauer Militärärzte 1887.)

Verf. beschreibt 10 Fälle von Reflexneurosen. Die Kranken verschiedenen Geschlechts und Alters leiden an öfteren und heftigen asthmatischen Anfälle, Kopfschmerz, Hemicranie, Supraorbitalneuralgie, Ohnmacht und Hustenanfällen. In sämmtlichen Fällen fand Verf. eine Erkrankung der Nasenschleimhaut und zwar sowohl katarrhalische Affectionen, als Erosionen oder Polypen; in einem Falle fand er pharyngitis lateralis. Die Behandlung dieser Affectionen führte zur Genesung oder wesentlicher Besserung der Neurose. Verf. theilt nicht die Meinung der Autoren wie: Monti, Subbaski u. s. w., dass die Ursache der Neurose in einem Reflexe vom n. Trigeminus auf die nn. Vagus und Sympathicus zu suchen sei, sondern glaubt, dass der Blutgehalt der erkrankten Schleimhaut hier eine Rolle spielt. Da nämlich der Blutkreislauf in der Nasenhöhle in unmittelbarer Beziehung zum Kreislauf der Schädelhöhle steht, so glaubt Verf., dass die Qualität der eingeathmeten Luft, deren Feuchtigkeit, Temperatur, schädliche Beimischungen und auch Barometerschwankungen die Ursache der obigen Reflexneurosen abgeben. Rosenthal (Warschau).

---

514) **Max Weiss** (Wien): Zur Pathologie und Therapie der Angioneurosen. (Centralbl. f. d. ges. Therapie 1888. V. Heft.)

Verf. gibt eine kurze Zusammenstellung der Pathologie und Therapie der Angioneurosen, die im Wesentlichen nichts Neues bietet.

Therapeutisch wollen wir daraus hervorheben, dass bei den paralytischen Formen der cutanen Angioneurosen vorzugsweise Ergotin, Kälteapplication in loco und der elektrische Strom Verwendung finden. Abwechselnd kleine Digitalisgaben und subcutane Ergotininjectionen vermindern die Disposition zur Gefässparalyse. Auch eine rationell durchgeführte hydriatische Behandlung verschafft anhaltende Linderung. Das elektrotherapeutische Verfahren besteht im Allgemeinen in stabiler Galvanisation und Faradisation mit feuchten Elektroden und faradocutaner Pinselung.

Die angeführten Mittel bei der spastischen und paralytischen Form der Hemicranie sind bekannte. Von Interesse ist es vielleicht,

hier anzuführen, dass die Behandlung mit der sogenannten „faradischen Hand“ als von Jedermann leicht anzuwenden, zu empfehlen ist. Zu dem Zwecke wird der Secundärstrom eines Inductionsapparates verwendet, eine Elektrode mit der Polklemme der Secundärspirale verbunden, und auf der Brust des Patienten applicirt, die andere Elektrode befestigt sich der Arzt an irgend einem passenden Körpertheile. Mit befeuchteter Hand massirt jetzt der Arzt Stirn, Wange und Regio retromaxillaris 3—8 Minuten lang. Man muss dabei beobachten, dass bei der spastischen Form stärkere faradische Ströme, als bei der paralytischen verwendet werden müssen.

Der Morb. Basedowii wird auf Grund einiger aussergewöhnlicher Symptome, als Zittern, Cephalalgie, Insomnie, Vertigo, profusen Schweissen, Temperaturerhöhungen, spontaner (zumeist symmetrischer) Gangrän — als allgemeine Neurose, die sich durch vasomotorische Störungen und Symptome von Sympathicusreizung und Lähmung charakterisirt, vom Verf. gekennzeichnet. Neben der Allgemeinbehandlung wird der subauralen Galvanisation das Wort geredet; in einem Falle sah Verf. Erfolg von der allgemeinen Massage mittelst der oben beschriebenen farad. Hand. Von den neueren Mitteln ist fast nur das Ergotin zu empfehlen.

Bei der Therapie der *visceralen* Angioneurose (angioneur. Diabetes, Albuminurie, Polyurie, Magen- und Darmerscheinungen) wird neben zweckentsprechender Allgemeinbehandlung und atypischen Mittel, hydriatische Procedur und faradische Massage des Unterleibs empfohlen.

Goldstein (Aachen).

---

515) **A. Olsen**: Hyperaesthesia plantae bilateralis.

(Norsk Mag. for Laegevidenskaben 1888. S. 278.)

Pat., Wittwe von 46 Jahren, steril, korpulent. Bis zu ihrem 12. Jahre gesund, seitdem fast beständig leidend an Schwindel, Ohnmachten, Ohrensausen und zeitweiliger Harthörigkeit. Aug. 1885 merkte sie beim Gehen in der linken Ferse Müdigkeit, bald darauf Schmerzen. Beim Liegen keine Schmerzen, dagegen bei Druck auf die Ferse und beim Versuche sich zu erheben und zu gehen. Plattfuss nicht vorhanden. Durch den Gebrauch verschiedener Mittel besserten sich die Schmerzen etwas; gegen den Herbst 1886 traten sie mit erneuerter Heftigkeit auf und wichen keiner Behandlungsweise, unter anderen auch Inductionselectricität und unblutiger Dehnung des Nerv. ischiadicus. Den 17. September wurde Applikation von Chlormetyl versucht mittelst eines gewöhnlichen Richardson'schen Pulverisators, der unmittelbar vor Einfüllung des Metylchloryrs erst mit Spirit. concentrat. und darauf mit Aether durchgespült wurde. Die Füsse wurden so eingehüllt, dass nur die Sohle frei war und die Douche 1 Minute lang auf jeder Fusssohle angewandt, wobei ca. 50 Grm. der Flüssigkeit verbraucht wurde. Es trat während der Sitzung leichtes Ohrensausen auf. Die Füsse wurden darauf ordentlich in wollene Decken eingehüllt, hielten sich ungefähr 20 Min. kalt; darauf

stand Pat. auf und ging ohne Schmerzen. Am 25. Septbr. und 5. Novbr. wurde die Applikation wiederholt, seitdem hat Pat. sich gesund gefühlt. Verf. warnt davor die Sitzung zu lange auszudehnen, er hatte einmal in $1^1/_2$ Min. 75 Gramm verbraucht, es bestand darnach mehrere Tage lang Empfindlichkeit der Fusssohlen, was bei 1 Min. mit 50 Gramm nicht der Fall war. Zur Anwendung kam Methylum bichloratum. (Dichlormethan, C H Cl_2 H.)

Buch (Willmanstrand).

---

516) **James Oliver** (Edinburg): The peripheral or central origin of the epileptic aura. (Der periphere oder centrale Ursprung der Aura epileptica.) (The Lancet. 21. April 1888.)

Die Aura epileptica besteht in einer Störung der Molecular-Bewegungen gewisser Nerven, deren Natur es mit sich bringt, dass, wenn die Aura einmal erschienen ist, sie fortan regelmässig dem epileptischen Anfalle vorausgeht. (Widerspricht durchaus den Thatsachen. Ref.) Ob jene Bewegungen von der Peripherie oder vom Centrum ausgehen, lässt sich schwer entscheiden, jedoch steht anzunehmen, dass da, wo sie durch die Umschlingung einer Gliedmasse mit einem Bande in ihrem Vorschreiten aufgehalten und der Paroxysmus unterdrückt wird, ersterer Vorgang Platz greift. Pauli (Köln).

---

517) **James Fergutson**: Epileptiform seizures caused by oxyurides vermiculares in an adult. (Epileptiforme Anfälle in Folge von Oxyuris vermicularis beim Erwachsenen.) (The British medical journal. Mai 19. 1888.)

Die Diagnose einer Epilepsie durch Wurmreiz aufgetreten bei einem 57 jährigen Manne konnte in diesem Falle ex juvantibus mit Sicherheit gestellt werden. Die Anfälle liessen nach einer entsprechenden Therapie sofort an Zahl und Heftigkeit nach; da jedoch eine radicale Beseitigung nicht gelang, so konnte mit der Wiedervermehrung der Würmer ein Rückfall in die Eilepsie, mit abermaliger Entfernung sofortiger Nachlass u. so fort mehrmals beobachtet werden. Unter Anwendung von Brom schien die Krankheit sich nur zu steigern.

Nagel (Halle a. d. S.).

---

518) **N. M. Unkowsky**: Ein Fall von acuter Cocainvergiftung und Amylnitrit als Gegengift.

Verf. theilt folgende Krankengeschichte mit: Einem 56 jährigen, kräftig gebauten Manne, wurde wegen Wassersucht der eigenen Scheidenhaut des Hodens 2 Pravaz'sche Spritzen einer 4% Lösung salzsauren Cocains eingespritzt. Nach einigen Minuten gerieth der Kranke in grosse Aufregung, und klagte über die heftigsten drückende Schmerzen im Rücken besonders dem Kreuz und bat ihm recht kräftig den Rücken zu reiben, darauf stellte sich auffallende Blässe der Haut und

aller Schleimhäute ein, Pat. fühlte starken Schwindel, Trockenheit im Munde und der Kehle, die Stimme war sehr schwach; es trat Athemnoth ein, der Puls wurde schwach, selten und oberflächlich; ferner bemerkte Pat. mit Entsetzen, dass er erblindete, schliesslich allgemeine Schwäche und Unfähigkeit sich zu bewegen, wie in der Chloroformnarkose. Dabei hat Pat. das Gefühl, als ob er hintenüber fiele und bat inständig, ihn höher zu legen, trotzdem er in sitzender Stellung unterstützt wurde. Die Schmerzen und die Athemnoth traten anfallsweise auf und waren sehr drohend, während derselben wurde dem Pat. Amylnitrit zu riechen gegeben. Sobald das Gesicht sich röthete und die Schmerzen verschwanden wurde es wieder entfernt und das Zimmer gelüftet. Dieser Zustand hielt eine Stunde an und wurde dabei beinahe 1 Gr. Amylnitrit eingeathmet. Ausserdem wurden 3 Spritzen Aether injicirt. Allmählich liessen dann die Erscheinungen nach und die Operation wurde bei vollständiger Unempfindlichkeit der Gewebe ausgeführt.

Verf. fügt hinzu, dass in einem Falle 1 Stunde nach Injection $^1/_2$ Pravaz Spritze einer 20% Lösung unter das Zahnfleisch Cocainvergiftung in Form von psychischer Störung auftrat.

Buch (Willmanstrand).

---

519) **L. Carlsen:** Folgen des Spielens mit Hypnotismus. (Ugeskrift f. Läger. R. 4. Bd. 14. Nordiskt Med. Arkis. Bd. XIX. Nro. 20.)

Verf. hatte Gelegenheit einen Fall zu beobachten, wo das in unserer Zeit moderne Hypnotisiren zum Vergnügen ernste Ungelegenheiten verursachte. Ein junger Mann wurde von seinem Schwager, der Hansen's Vorstellungen beigewohnt hatte, hypnotisirt. Das erste Mal ging alles gut, das zweite Mal wollte es nicht recht gelingen ihn zu erwecken. Er blieb sonderbar wie ein Automat; auf dem Heimwege von der Wohnung des Schwagers wurde er unruhig und benahm sich ganz gestört. In der Nacht schlief er gut, aber noch am nächsten Morgen that er alles auf eine geistesabwesende, automatische Weise und nur, wenn der Schwager es befahl. Er klagte über Kopfschmerzen, konnte nicht alle Fragen beantworten, erkannte wohl seine Verwandten, schien aber sonst die Erinnerung verloren zu haben. Verfasser wurde gerufen, aber als er kam war Pat. vom Schwager durch ein kräftiges „erwache" geweckt worden. Er glaubte sich noch in derselben Gesellschaft zu befinden wie am Abend vorher, und hatte keine Ahnung von dem, was in der Zwischenzeit passirt war. Buch (Willmanstrand).

---

520) **Borosdina-Rosenstein:** Circuläres Irresein mit Ausgang in Heilung. (Kowalewsky's Archiv psychiatrii 1888.)

Nach ausführlicher Literaturangabe beschäftigt sich Verf. besonders mit dem Ausgang des Leidens. Zumeist ist die Prognose schlecht; nur einzelne Fälle werden geheilt. Unter den Hauptursachen spielt die Hauptrolle erbliche Anlage, ausserdem sociale Verhältnisse und Erschöpfung. Nur Fälle letzterer Kategorie gehen in Heilung über.

Ein Mädchen, erblich nicht belastet, arbeitete geistig stark bei schlechter Ernährung. Die Krankheitsform war folie à double forme à type continu, wobei die Perioden der Melancholie-Manie nur von kurzer Dauer waren und sich ohne lucida intervalla folgten. Mit Besserung des Allgemeinzustandes gingen die psychischen Störungen ohne Ordnung durcheinander und hörten vollständig auf; es trat Heilung ein. In den maniakalischen Perioden wurde eine Zunahme des Körpergewichts konstatirt. Rosenthal (Warschau).

III. Aus den Vereinen.

Verein der Aerzte in Steiermark.

IX. Monatsversammlung am 28. Mai 1888. (Oestr. Aerztl. Vereinszeitung Nro. 12.)

521) **Börner**: *Ueber nervöse Hautschwellungen als Begleiterscheinung der Menstruation und des Klimax.*

Trotzdem das „acute umschriebene Hautödem“ Quincke's die Autoren letztere Zeit her bereits mehrfach beschäftigte, wurde bislang doch von keiner Seite hervorgehoben, dass solche nervöse Hautschwellungen auch Hand in Hand mit einzelnen Vorgängen in der Geschlechtssphäre des Weibes auftreten können. Erst Börner gelang es, Derartiges zu beobachten. Er theilt eine Reihe von Krankengeschichten mit, die den directen Zusammenhang zwischen den flüchtigen örtlichen Hautschwellungen und der Menstruation (oder dem Klimax) für gewisse Fälle in klarer Weise darthun. Zumal sei diesbezüglich *ein* Fall hervorgehoben, in dem bei Schwankungen des Perioden-Termins auch der Schwellungs-Eintritt variirte. Die Schwellungen selbst, welche zumal im Gesichte (Lider, Wangen, Kinn) und an den Extremitäten auftreten, sind von keinerlei Beschwerden begleitet und lassen, nach ihrem ganz kurzen oder auch Stunden langen Bestehen, keine Folgeerscheinungen zurück. Meist sind sie an allgemein nervösen Individuen zu beobachten; Anämie aber ist keineswegs nothwendige Bedingung.

Den Versuch einer Erklärung dieser merkwürdigen Oedeme betreffend, führt Börner die mit örtlicher Röthung einhergehenden, auf vorübergehende Lähmungen der Vaso-Constrictoren oder reflektorische Erregung der Dilatoren zurück — die blassen Schwellungen jedoch, sieht er lediglich *als das Resultat von örtlichen Blutdrucksteigerungen an, die derart rasch ablaufen, dass vor Eintritt der nöthigen Compensation bereits vermehrtes Transsudat ins Gewebe gesetzt ist.* Beide Ereignisse sind wieder nur Ausdrücke der mannigfachen Innervationsstörungen, denen der Gefässapparat während der einzelnen Menstruationen, sowie zur Zeit des Klimax unterliegen kann.

Schliesslich erwähnt der Vortragende den letzten Aufsatz Riehl's in der „Med. Presse“ (Nro. 11—13) über das acute Oedem überhaupt, weist auf den Einklang der Beobachtungen Riehl's mit seinen, auf gynäkologischem Gebiete gemachten, in klinischer Beziehung hin und

pflichtet auch der Ansicht Riehl's bei, dass der erste Impuls zu den gedachten Oedemen vom Central-Nervensystem ausgehe. Speciell seinen menstruellen Oedemen gegenüber glaubt Börner nur, dass vielleicht auch der, *auf reflektorischem Wege von der Peripherie* (Genitaltrakt) *her erfolgenden Beeinflussung der betreffenden Nerven-Centra* Rechnung getragen werden müsse.

Diese zumal für den Gynäkologen sehr bemerkenswerthen Mittheilungen Prof. Börner's erscheinen demnächst in extenso in Volkmann's Sammlung klinischer Vorlesungen.

In der dem anregenden, sehr interessanten Vortrage folgenden Discussion fragt zunächst Dr. Herzog, ob nicht einzelne der Patienten auch gleichzeitig von einer Nasen-Affection befallen waren, da der sogenannte nervöse Schnupfen ebenfalls am häufigsten zur Zeit der Menstruation anfzutreten pflegt. Börner erwidert, dass er eine solche Beobachtung bei seinen Patienten nicht gemacht hat.

Docent Dr. Fürst ist der Ansicht, dass bei diesen acuten Oedemen das Lymphsystem eine Rolle spielt, und fragt, ob Prof. Börner nicht beobachtet hat, dass seine Patientinnen scrophulös waren, wie ein von ihm beobachteter Fall, der ähnliche Erscheinungen während der Menstruation geboten hatte.

Börner stellt fest, dass unter seinem Materiale keine scorphulösen Individuen sich gefunden haben.

Prof. Eppinger fragt, ob Börner darauf Rücksicht genommen hat, zu constatiren, ob die Personen, bei denen nur eine Schwellung ohne Röthung und Temperatursteigerung sich gezeigt hat, nicht anämisch und herabgekommen, die anderen aber normale Individuen waren. Börner erklärt, dass allerdings einige darunter anämisch, alle aber nervöse Individuen waren. Blutuntersuchungen hat er bisher nicht vorgenommen.

Prof. Lipp erwähnt, dass bei nervösen Frauen, solchen mit Menstruations-Anomalien, und im Klimax auch Urticariaformen vorkommen, und schlägt vor, die circumscripten Oedeme mit ähnlichen Mitteln, wie die chronische Urticaria probeweise zu behandeln, um deren Einfluss auf dieselben kennen zu lernen.

Dalldorf, 20. Juni 1888.

Sehr geehrter Herr Redacteur!

In meinem in Nro. 12 (15 Juni) des Centralblattes abgedruckten Vereinsberichte ist ein mir unangenehmer Fehler stehen geblieben, den ich hiermit berichtige. Seite 340, Zeile 3 von oben muss es anstatt B. heissen: 472) **Bernhardt**:

Hochachtungsvoll

Dr. König.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. 15. Juli 1888. Nro. 14.

Inhalt.

I. Originalien. Ueber eine neuartige Influenzmaschine (Patent Gläser) sowie das Gesammtinstrumentarium zur therapeutischen Verwerthung der Franklinisation. Von R. A. Dr. **Rudolf Lewandowski**, k. k. Professor in Wien. (Schluss.) II. Topographische Beziehungen zwischen motosischer Region und Schädel nach **V. Horsley.** Von Dr. **L. Goldstein** in Aachen.

II. Original-Vereinsberichte. **Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Oppenheim**: Zur Discussion über den Vortrag des Herrn Bernhardt (vom 14. 5.). Besprechung eines ähnlichen Falles mit anatomischer Untersuchung. **Bernhardt:** Zur Discussion über den Vortrag des Herrn Oppenheim (vom 14. 5.). Krankenvorstellung. **Remak**: Krankenvorstellung. **Wollenberg:** Ueber psychische Infection.

III. Referate und Kritiken. **Lange**: Neue Experimente über den Verlauf der einfachen Reaction auf Sinneseindrücke. **Schäfer**: Elect. Reize der Sehspähre beim Affen. **Winkler** und **Timmer**: Fall von Atrophie des l. corp. mamillare anatomisch untersucht. **Sharkey**: Hirnatrophie nach langdauernder spinaler Paraplegie **Sharkey:** Tumor des linken Acusticus. **Schütz**: Casuistischer Beitrag zur Aphasie und Paraphasie. **Quincke**: Ueber Muskelatrophie bei Gehirnerkrankungen. **Gerhardt**: Die Krankheiten der Hirnarterien. **Bury**: Periphere Neuritis bei acutem Rheumatismus und die Beziehungen zwischen Gelenkaffectionen und Muskelatrophien **Pugibet**: Lähmungen bei chronischer Dysenterie und Diarrhoe der heissen Länder. **Ballet**: Muskelkrämpfe in Folge von chronischem Rheumatismus der Gelenke. **de Berdt Hovell**: Shock in Folge von Hysterie. **Withe**: Die Behandlung der Epilepsie mit Simulo. **Playfair**: Notiz zur sog. „Anorexia nervosa". **Schwalbe**: Zur klinischen Würdigung der Sulfonalwirkung. **Pohl**: Ueber Magenblutungen in der progressiven Paralyse. **Wiglesworth**: Moral insanity. **Blake**: Zwei Fälle von partieller Demenz. **Bericht der Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf vom 1. April 1886 bis 31. März 1887. Pick**: Befund und Gutachten über den der Brandlegung angeklagten 18 j L. Fr.

IV. Aus den Vereinen. I. Clinical Society of London. II. Royal medical and chirurgical society.

I. Originalien.

I.

Ueber eine neuartige Influenzmaschine (Patent Gläser) sowie das Gesammtinstrumentarium zur therapeutischen Verwerthung der Franklinisation.

Von R. A. Dr. RUDOLF LEWANDOWSKI, k. k. Professor in Wien.

(Schluss.)

Um die *Intensität* der dem Patienten in der einen oder anderen Weise (mittelst dieser Maschine) zugeführten Elektricität genauestens

reguliren zu können, wird der zu Elektrisirende immer in eine Nebenschliessung geschaltet. Man hat es dann in seiner Hand, durch die geringere oder grössere Entfernung der Ausladerkugeln von A_1 und A_2 die Intensität der jeweilig benützten Entladungen nach Belieben zu variiren.

In Figur 3 ist die Methode der Application der Kopfdouche veranschaulicht. Hiebei sitzt der zu Elektrisirende auf dem Sessel S. Die Zinkplatte des Isolirschemels J steht vermittels der Leitung l_2 mit dem rechten Saugkamme der Influenzmaschine in Verbindung, während eine Leitung vom linken Saugkamme vermittelst des Kabels l_1 zum Ständer St_1 der Kopfhaube K geführt erscheint. Diese beiden Leitungsdrähte l_1 und l_2 sind aus vielen feinen Kupferdrähten (die zusammen ein Kabel von 3 mm Durchmesser darstellen) hergestellt, jedes solche Kabel sodann mehrfach übersponnen und überdies noch durch Asphalt gezogen. Derartige Asphaltkabel sind für den vorliegenden Zweck noch als die geeignetsten zu bezeichnen; dennoch muss man dafür sorgen, dass sie erstlich an ihren beiden Enden in Kugeln ausgehen und zweitens ausser an den Zu- und Ableitungsstellen frei schweben oder auf isolirten Unterlagen ruhen, da sonst zumal bei hohen Spannungen an den Berührungsstellen grosse Elektricitätsverluste stattfinden. In Kugeln ausgehende Metallstäbe, von Glasröhren umgeben, als Leitungsstangen verwendet, würden besser isoliren und die Elektricitätsverluste auf der Leitungsstrecke völlig ausschliessen, allein dann müssten die Elektroden und die Stative unverrückt die gleiche Entfernung von der Maschine behalten, was äusserst unpraktisch, ja für gewisse Applicationsmethoden geradezu völlig unzweckmässig wäre, oder man müsste sich mit einer ganzen Collection verschieden langer Verbindungsstangen ausrüsten.

St_2 ist ein Stativ zur Anwendung der *localisirten Franklinisation* und wird gemeiniglich als *Ozonisirungsapparat* bezeichnet. Auf einem soliden Holzfusse steht ein bis zur Tischhöhe reichendes Metallrohr, in welchem ein etwas engeres Metallrohr nach auf- und abwärts verschiebbar ist; ein innen nach abwärts conisch sich erweiternder Metallring, der zum leichten Anfassen an seiner Aussenseite rauh hergestellt ist, gestattet das oben gespaltene Ende des im Holzfusse stehenden Metallrohres durch einfaches Hinabschieben festzuklemmen und so das verschiebbare Metallrohr in beliebiger Höhe zu fixiren. Von den Buchstaben K_1 etwa ab steckt in diesem verschiebbaren Metallrohre ein Hartgummistab, der an seinem oberen Ende eine in einem Charnier drehbar bewegliche Metallkugel trägt, durch welche sich die entsprechend lange, mit einer isolirenden Hartgummi-Handhabe versehene Elektrode mit Reibung verschieben lässt. Diese letztere besteht ebenfalls aus einem Metallrohre, in dessen Vorderende als Endpol eine Kugel oder Spitze und in dessen rückwärtiges Ende die Hartgummi-Handhabe (mit Reibung) eingesteckt werden kann. Diese Einrichtung des Ständers St_2 gestattet es, den Endpol der Elektrode gegen jeden beliebigen Körpertheil vom Scheitel bis zum Fusse des zu Elektrisirenden beliebig nahe oder weit richten zu können.

Der Ständer St_1 für die Kopfhaube ist gerade so ausgeführt, wie der eben beschriebene Ständer St_2 nur mit dem einzigen Unterschiede, dass die Kugel, durch welche das horizontale Metallrohr verschiebbar ist, an dessen Vorderende die Kopfhaube sich befindet, hier fix auf dem verticalen Hartgummi-Isolirungsstabe aufgesteckt erscheint. Die Befestigung der Kopfhaube K an diesem mit Reibung in der Kugel nach vor- und rückwärts horizontal verschiebbaren Metallrohre geschieht gerade so wie die Befestigung der Polenden an der Elektrode des Statives St_2: Eine kleine Kugel ist nämlich an der Kuppe der Kopfhaube festgeschraubt und trägt einen cylindrischen Metallansatz, der wie ein Polende einfach in das horizontale Verbindungsrohr gesteckt wird. An seinem rückwärtigen Ende ist dieser horizontale Arm des Statives St_1 mittelst einer Holzkugel abgeschlossen, nachdem vorerst in das entsprechende Ende desselben ein Bleicylinder zur Equilibrirung der Kopfhaube eingesteckt worden.

Die Schaltung der Kleist'schen Flaschen L_1 und L_2 (in Fig. 3) erscheint „nacheinander (cascadenförmig)“ durchgeführt: Es steht nämlich die äussere Belegung von L_1 vermittelst der Leitungsstange I mit dem linken Saugarme, der Ausleitungsknopf der inneren Belegung von L_1 durch den Leitungsstab III mit der äusseren Belegung von L_2 und der Ausleitungsknopf der inneren Belegung von L_2 durch die Leitungsstange II mit dem rechten Saugarme der Influenzmaschine in Verbindung. Es sind somit die Kleist'schen Flaschen in die eine Nebenschliessung und der menschliche Körper in die andere Nebenschliessung zu den Saugrechen, beziehungsweise den Ausladern A_1 und A_2 geschaltet und kann durch die Entfernung letzterer von einander nicht nur die Ladung der Kleist'schen Flaschen, sondern auch die Intensität der den menschlichen Körper treffenden Entladungen beliebig regulirt werden.

Auf dem Tische sind noch zwei Kugeln Z, und zwar eine grössere für die Electrode des Ständers St_2 und eine kleinere für eine der Handelektroden E und E_1, sowie ein Auslader D, der an einem Hartgummi-Handgriff, zwei in Metallkugeln ausgehende und in einem Doppelcharnier bewegliche, gegeneinander verstellbare Metallarme trägt und zur völligen Entladung der Kleist'schen Flaschen (für den Fall als sie ausgeschaltet und weggestellt werden sollten) dient, ersichtlich gemacht.

Die besprochenen Nebenapparate bilden im Verein mit der Influenzmaschine das Gesammt-Instrumentarium für die therapeutische Verwerthung der Franklinisation nach dem gegenwärtigen Stande dieses Specialzweiges.

Was die Influenzmaschine anbelangt, so wurde sie von ihrem Erfinder, dem Mechaniker Hermann Gläser (Hernals, Uniongasse 36—38) bisher in fünf verschiedenen Grössen ausgeführt, und zwar mit Hartgummitrommeln von 200 mm. Durchmesser (Maschine Nr. I), sodann mit Trommeln von 260 mm. (M. Nr. II), von 320 mm (M. Nr. III), von 450 mm (M. Nr. IV) und von 620 mm. Durchmesser der äusseren Trommeln (M. Nr. V). Für ärztliche Zwecke benütze

ich die Maschine Nr. II. Der Holzrahmen, auf dem diese Maschine gebaut ist, misst 60 cm in der Länge und 50 cm in der Breite, die Höhe der ganzen Tischplatte, auf der sie steht bis zum Niveau der beiden Kugeln m und n beträgt 92 cm. Der Raum zur Aufstellung einer derartigen Maschine müsste demnach $92 \times 60 \times 50 = 0{\cdot}276$ m^3 (Raummeter) betragen.

Nach den Erfahrungen, die ich mit einer derartigen Maschine während acht Monaten gemacht habe, kann ich dieselbe, speciell für ärztliche Zwecke als vorzüglichst geeignet erklären, ja ich kann es direct aussprechen, dass dieselbe durch keine bisher bekannt gewordene Influenzmaschine erreicht wurde, somit alle andern übertrifft.

Bei Einschaltung zweier, für jede Maschine in bestimmter Grösse entsprechenden Kleist'schen Flaschen gibt diese Influenzmaschine unter den denkbar günstigsten Umständen, nämlich in trockener, warmer Luft Funken von nahezu zwei Drittel des Trommeldurchmessers, somit die Maschine Nr. I Funken von 130 mm, die Maschine Nr. II von 170 mm, Maschine Nr. III von 200—210 mm, die Maschine Nr. IV von 300 mm und die Maschine Nr. V von 400—410 mm. Unter gewöhnlichen Umständen erhält man jedoch nur zwei Drittel dieser Werthe und selbst in feuchter Luft noch die Hälfte der angegebenen Funkenlängen. Diese Funkenlängen stehen allen anderen in gleichen Dimensionen gebauten Influenzmaschinen gegenüber unerreicht da. Glasscheibenmaschinen müssen entweder in grösseren Dimensionen oder mit einer grössern Anzahl rotirender Scheiben hergestellt werden, um gleiche Effecte zu liefern.

Ein anderer Vorzug dieser Maschinen vor allen andern bisher bekannten, ist der, dass sie allezeit, an jedem Orte ohne Mühe sich sofort leicht anregen lassen. Diesbezüglich will ich erwähnen, dass ich die von mir benützte Maschine zum Zwecke der photographischen Aufnahme ins Freie tragen liess, allwo sie nach der Aufnahme bis zur Fixirung der negativen Platte einem leichten Staubregen ausgesetzt war. In das Zimmer getragen, rieb ich die Ständer und die äussere Trommel mit einem Wollentuche trocken und gelang mir die Anregung der Maschine sofort auf den ersten Versuch. Glasscheibenmaschinen lassen sich dagegen gewöhnlich nur in trockener Luft anregen, manche auch nur anfangs, solange sie noch neu sind oder erst nach erfolgter Renovirung; aber schon nach einigem Gebrauche ist zumeist (aus sofort anzugebenden Gründen) grosse Mühe zu deren Anregung nöthig und werden Alle, die sich mit derlei Apparaten längere Zeit hindurch beschäftigt haben, sicherlich zu ähnlichen Wahrnehmungen gelangt sein. Wird doch in der einschlägigen Literatur gefordert, die Influenzmaschine mit einer Heizvorrichtung zu versehen, sie in einem Kasten luftdicht abzuschliessen, um sie vor den Einflüssen der Luftfeuchtigkeiten und des Staubes zu schützen etc. Ich besitze in meinem Cabinete eine grosse Glasscheiben-Influenzmaschine, die anfangs ganz gut ging, nach einiger Zeit aber völlig versagte. Ich untersuchte sie genau und fand, dass der Lacküberzug der Scheiben etwas schadhaft geworden war. Ich nahm die Maschine auseinander, lackirte die Scheiben neuerdings,

setzte sie wieder zusammen und sie ging abermals für einige Zeit. Zu solchen Manipulationen gehört aber weit mehr Zeit, als der praktische Arzt für die Wartung und Pflege seines Instrumentariums zur Verfügung hat.

Ein weiterer Vorzug dieser Maschine liegt darin, dass die idioelektrischen Scheiben oder Cylinder der bisher bekannt gewordenen Influenzmaschinen, durch deren Rotation eben lebendige Kraft in Elektricität umgewandelt wird, hier einerseits die Gestalt von Trommeln besitzen, andererseits luftdicht abgeschlossen sind. Der äusseren Luft ist nur die Aussenfläche der grösseren (äusseren) Trommel ausgesetzt; die Innenfläche dieser Trommel, sowie beide Flächen der inneren sind dagegen luftdicht abgeschlossen. Die geringen Zwischenräume an den Hohlachsen beider Trommeln sind mit Schmieröl erfüllt und erwiesen sich die erwähnten drei Flächen an einer nach mehrwöchentlichem Gebrauche auseinander genommenen Maschine als vollkommen staubfrei. Diese Abschliessung repräsentirt im Vergleiche zu den Maschinen mit rotirenden Glasscheiben einen zweifachen Vortheil. Durch die an der Oberfläche der rotirenden Scheiben oder Cylinder freiwerdende Elektricität wird nämlich der Staub aus der Luft angezogen, schlägt sich an der Oberfläche dieser rotirenden Körper nieder, haftet daselbst fest, verändert die Oberfläche und beeinträchtigt hiedurch die Funktionsfähigkeit der ganzen Maschine. Fährt man mit einem reinen Tuche über die Glasfläche einer rotirenden Scheibenmaschine, nachdem sie nur eine halbe Stunde in Thätigkeit gestanden, so wird man staunen wie viel Staub- und Kohlentheilchen mit dem Tuche entfernt werden können, ganz abgesehen von den fester adhärirenden, die sich nicht wegwischen lassen. Hierin liegt nun ein Hauptgrund, weshalb Glasscheibenmaschinen schon einige Zeit, nachdem sie in Gebrauch gezogen worden, ganz erheblich schlechter functioniren. Das gründliche Abwischen mit einem Tuche geht aber hier schwer, weil man das Tuch nicht einmal an der Aussenfläche der Glasscheibe während des Rotirens halbwegs fester andrücken darf, hingegen auf die Innenseite der rotirenden ebensowenig gelangt, als es gelingt, die fixe Glasplatte auf diese Weise zu reinigen. Das Auseinandernehmen und Zusammenstellen von derlei Maschinen ist andererseits nicht jedermann's Sache.

Bei der Gläser'schen Influenzmaschine dagegen kann sich höchstens die Aussenfläche der äussern Trommel mit Staub beschlagen; diese aber lässt sich wegen der Eigenart des Baues der Maschine spielend leicht reinigen. Man kann ein Tuch selbst mit Gewalt andrücken und die Trommel rotiren, ohne dass man zu fürchten brauchte dass die Maschine Schaden nehmen würde.

Ein anderer aus der Bauart resultirender Vortheil der Gläser-'schen Maschine gegenüber den Glasscheibenmaschinen beruht in der Dauerhaftigkeit der Maschine. Beim Rotiren der angeregten Influenzmaschine spürt man an dem zumal bei Glasscheibenmaschinen rasch und erheblich zunehmenden Rotationswiderstande, dass die rotirenden Cylinder, beziehungsweise Scheiben sich gegenseitig anziehen. Die allseitig geschlossenen Trommeln können sich nun bei mässigem, so-

wie beim raschesten Rotiren nicht um einen Millimeter einander nähern oder von einander entfernen; nicht so die Glasscheiben. Diese gelangen bei halbwegs rascherer Rotation, selbst wenn die Maschine noch gar nicht angeregt ist, bereits in Schwingungen. Noch grösser werden aber diese Schwingungen, wenn die Maschine zuvor geladen wurde. Die gegenseitige Anziehung der Scheiben hatte ich mehr als einmal Gelegenheit dies zu beobachten. Abgesehen hievon repräsentirt das Material der Trommeln (Hartgummi) noch überdies einen widerstandsfähigeren, minder spröden Körper als das Glas ist.

In anderer Richtung hat die Gläser'sche Maschine den Vortheil, dass sie die Ladung bedeutend länger hält, als jede Glasscheibenmaschine und dass man sie sowohl bei genäherten als auch entfernten Conductorkugeln beliebig oft nach rechts oder links drehen kann, ohne dass sie ausgeladen wird. Bei den Glasscheibenmaschinen dagegen braucht man die Kurbel nur einmal in entgegengesetzter Richtung zu rotiren und die Maschine erweist sich sofort als entladen.

Ausser den genannten Vortheilen, die diese Maschine speciell für Zwecke des Arztes bietet, ist noch ihr leichter graciler Bau, bei einer alle Glasscheibenmaschinen übertreffenden Stabilität und Festigkeit, die geringe, zur Rotation erforderliche Kraft, der gleichmässige Gang, die Möglichkeit der Anregung in beliebiger Weise, so dass der eine Pol bald rechts, bald links erscheint, die Gleichgiltigkeit der Drehung nach rechts oder links, der hier mögliche Polwechsel, und zuletzt, was auch nicht ganz unwichtig erscheinen dürfte, deren verhältnissmässig geringer Preis (die Maschine Nr. II kostet 75 fl. und sammt allen Nebenapparaten weniger als das Doppelte dieser Summe) in Betracht zu ziehen.

Nachdem ich Ihnen, hochgeehrte Anwesende, die neue Influenzmaschine und das Gesammtinstrumentarium für die therapeutische Verwerthung der Franklinisation demonstrirt und geschildert, will ich nur einige wenige Worte über meine bisherigen Erfahrungen bei Verwerthung der Franklinisation zu Heilzwecken anschliessen. So verlockend es wäre, liegt es doch ausser dem Plane dieses Vortrages, der Geschichte der Verwerthung der Franklinisation zu Heilzwecken mit Bezug auf die Erfahrungen und Publikationen aus dem vorigen Jahrhundert auch nur mit einem Worte zu gedenken; desgleichen muss ich es mir schon wegen der vorgeschrittenen Zeit versagen, die modernen Anhänger dieses Zweiges praktischer Elektrotherapie selbst nur aufzuzählen. Auch will ich Sie, hochgeehrte Anwesende, nicht mit einem Referate über die Wirkungen, Indicationen und Heilresultate dieser Applicationsmethoden der Electricität behelligen, da ich über all' dies ohnehin erst vor wenigen Wochen in meiner „Elektrodiagnostik und Elektrotherapie" genauestens berichtet habe. Meine eigenen Erfahrungen bestätigen, was die Wirkungen der Influenzelektricität auf den menschlichen Körper anbelangt, die einschlägigen Angaben der Autoren nahezu ausnahmslos. Ich wende die Franklinisation fast in allen jenen Fällen, in denen Inductionsströme indicirt sind, mit grosser Vorliebe an, weil ich Influenzelektricität durch die Kleider

hindurch auf die Applicationsstelle einwirken lassen kann und nicht noth habe, den Kranken sich vorerst entkleiden zu lassen, was bei Behandlung weiblicher Patienten oft äusserst willkommen erscheint. Die Kopfdouche lernte ich als ein eminent somniferes Mittel kennen.

Eine besondere Aufmerksamkeit widmete ich der Einwirkung der elektrischen Kopfdouche bei Hysterischen und Epileptischen. Die Angabe der Autoren, dass die Influenzelectricität bei Hystero-Epilepsie günstig wirke, kann ich bestätigen, betreff der Epilepsie dagegen muss ich mich trotz zahlreicher Versuche sehr reservirt erklären; anfangs schien es als ob infolge der Kopfdouche die Anfälle seltener würden und an Intensität abnehmen, allein ich konnte, zumal an späteren Fällen, auch das Gegentheil wahrnehmen. Dass Influenzelektricität und in erster Richtung die Funkenentladung einen eminenten Einfluss auf Epileptische übt, davon hatte ich Gelegenheit, mich zu überzeugen. Einer meiner Patienten, Zahlkellner in einem besuchten Gasthause eines der Vororte Wiens, leidet an epileptischen Anfällen, die durch die Kopfdouche und spätere Darreichung von Bromkali in der Häufigkeit ihrer Wiederkehr (von zwei bis drei anfallsfreien Tagen, bis auf deren neun bis zehn) verringert wurden. Vor jedem Anfalle hatte dieser Kranke ein fast eine Stunde währendes Stadium einer förmlichen Aura; er fühlte es immer deutlich, dass ein Anfall kommen würde, er konnte jedesmal in seine Kammer gehen, sich theilweise entkleiden, auf das Bett legen und ruhig den Anfall abwarten. An dem Tage, an welchem ein Anfall in Aussicht stand, hatte er überdies schon beim Erwachen ein Gefühl von Kopfdruck und Schwere im Hinterhaupt, das an anfallsfreien Tagen vollkommen fehlte. Zwei Tage nach einem Anfalle kam dieser Kranke völlig frei von kephalischen Symptomen zum Elektrisiren. Vor ihm wurde eine hysterische Anästhesie mittels Funkenentladungen behandelt und weil die innen mit Spitzen versehene Kopfhaube selbst bei eingeschalteten Flaschen unter normalen Umständen keinerlei Funkenentladungen verursacht, applicirte ich — wie öfters schon früher — die elektrische Kopfdouche, ohne die Flaschen auszuschalten. In der That erfolgte auch während der Rotation der Kurbel keine Funkenentladung. Als ich jedoch mit der Rotation aufhörte und die Hand gegen den Auslader bewegte, um die Ausladerkugeln bis zur Berührung einander zu nähern und die Flaschen kurz zu schliessen, stand der Kranke — in der Meinung, die Sitzung sei schon ganz beendet — auf, kam hiebei mit einem Haarbüschel der Kopfhaube zu nahe und entlud sich ein etwa 1 cm langer Funken von der Kopfhaube gegen sein Schädeldach. In demselben Augenblicke rief der Kranke: Jetzt bekomme ich meinen Anfall und legte sich sofort auf den Boden. Im nächsten Augenblicke traten auch schon alle charakteristischen Symptome eines completen epileptischen Anfalles auf und währte derselbe bis zu dem Momente, da der Kranke in's Freie treten konnte, über eine halbe Stunde. Es wurde also durch eine einzige Funkenentladung der epileptische Anfall in völlig anfallsfreier Zeit hervorgerufen.

Dagegen habe ich in anderer Beziehung einen eminenten Erfolg

der Franklinisation zu verzeichnen, der sich mit keiner anderen Methode der Application der Elektricität erzielen lässt. In einem Falle von Morbus Basedowii, der die Frau eines Collegen betraf, gelang es mir, durch Galvanisation am Halse, sowie durch stationsweise stabile Galvanisation des Rückenmarkes die Struma und den Exophthalmus, sowie die übrigen Störungen, vor allem den Kopfschmerz, die hochgradige Adynamie und Schlaflosigkeit schon nach wenigen Sitzungen zu bessern; dagegen vermochte ich weder durch Galvanisations- noch durch Faradisations-Methoden auf die Pulsfrequenz und die unregelmässige Herzthätigkeit einen auch nur vorübergehenden Einfluss auszuüben. Da versuchte ich es, einen positiven Lichtbüschel in die Gegend des Herzstosses ausströmen zu lassen und schon nach wenigen Sitzungen wurde die Pulsfrequenz geringer und die Herzthätigkeit regelmässiger. Ein Aufhören mit dieser Behandlung hatte sofort nach beiden Richtungen hin Verschlimmerung im Gefolge. Durch neuerliche Aufnahme und Fortsetzung der erwähnten Methode wurde die Kranke endlich vollends hergstellt und geheilt entlassen.

Ich stimme vollkommen mit jenen Autoren überein, die der Influenzmaschine einen Platz im Armamentarium des Elektrotherapeuten vindiciren, denn ich habe mich davon überzeugt, dass die Franklinisation gegebenenfalls Erfolge aufweist, die sich weder durch die Galvanisationsmethoden, noch durch die Faradisationsmethoden erzielen lassen.

II.

Topographische Beziehungen zwischen motorischer Region und Schädel nach V. Horsley.

Von Dr. L. GOLDSTEIN in Aachen.

Obwohl wir in einzelnen Lehrbüchern Figuren finden, welche die topographischen Beziehungen zwischen Hirnoberfläche und Schädel zu erläutern suchen und wenn auch schon Seeligmüller im Jahre 1877*) mit dem Broca'schen biegsamen Auricularwinkelmaasse an einer Zeichnung die für die physiolog. Functionen wichtigen Punkte am Schädel bestimmte, so glaube ich doch, dass jeder Neurolog und Chirurg, an den die Frage herantritt, bei unverletztem Schädel die den gestörten Functionen entsprechende Stelle behufs Trepanation oder Aufmeisselung sich zu construiren, dankbar jeden Wegweiser hinnehmen wird, der ihm für diesen Zweck geboten wird. Existiren doch in der betreffenden Literatur sehr wenig genaue Angaben über die fraglichen Punkte. Ich habe daher geglaubt, eine in mancher Hinsicht wichtige und Neues bietende Arbeit von V. Horsley, welche im American journal of medical sciences 1887, pag. 342 ff. niedergelegt ist, in ihren Hauptzügen den deutschen Lesern wiedergeben zu sollen, zumal sie bis jetzt, wie es scheint, bei uns wenig Beachtung gefunden hat. Horsley,

*) Deutsche Med. Wochenschrift 46, 47, 48. 1877.

welcher durch seine Experimente an Thieren als Anhänger circumscripter Centren ziemlich allgemein bekannt sein dürfte, hat sich neuerdings durch zahlreiche Trepanationen bei Tumoren, Epilepsie etc., die zum Theil recht günstig ausgefallen sind, einen Namen gemacht. Wenn eine solche gewichtige Stimme desshalb derartige eingehende Studien und Beobachtungen am Hirn und dem Schädel des Menschen veröffentlicht, so dürfen wir nicht gleichgiltig daran vorübergehen.

Leider muss ich an dieser Stelle auf eine Reproduktion der zahlreichen Figuren verzichten, hoffe aber, dass mit dem Schädel in der Hand und mit einer von den jetzt zahlreich in Lehrbüchern, Abhandlungen, Karten etc. verbreiteten leicht verschaffbaren Figur über die hier in Frage kommenden Hirnwindungen und Furchen jeder sich leicht zurecht finden wird. Horsley hat die gute Idee gehabt, an der Leiche eines Erwachsenen die betreffenden Parthien bloszulegen und photographiren zu lassen — die beiden von ihm wiedergegebenen Figuren illustriren die Lage des „motor. Centrums“ auf's vortheilhafteste.

Doch gehen wir jetzt in medias res.

Die wichtigsten Anhaltspunkte für die topographischen Beziehungen zwischen Hirn und Schädel bieten natürlich die *Nähte*, die einer weiteren Beschreibung nicht bedürfen. Darnach sind die *Erhöhungen* von grösster Wichtigkeit. Im Allgemeinen ist die motor. Region vorn durch das tuber frontale, hinten durch das tuber parietale begrenzt. Darnach sind es die temporalen Kanten (ridges), die unsere Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen. Es sind deren an jeder Schädelseite zwei, von denen aber bisher nur der unteren Beachtung geschenkt ist. Deutlich markirt nimmt die letztere ihren Ursprung am äusseren Winkelvorsprung des os frontale, begrenzt vorn und oben die vordere Hälfte der Schläfenhöhlung und nimmt einen halbkreisförmigen Lauf dem unteren Theile des os parietale entlang. Der Punkt, wo dieselbe die Coronalsutur kreuzt, wurde von Broca passend *Stephanion* genannt. Diese Temporalkante markirt die obere Grenze des Temporalmuskel-Ansatzes.

Ueber ihr zieht sich eine zweite Linie oder Kante, die ebenfalls am Winkelvorsprung des Frontalbeins ansetzt, sich aber bald von der unteren Kante entfernt, und in der Mitte des os parietale, einen Centimeter über dem Ansatz des Temporalmuskels verläuft. Sie markirt den Ansatz der Temporal*fascie*.

Alle diese Punkte sind leicht am rasirten Kopfe wahrzunehmen, nur die Coronalsutur und Temporalkante machen einige Schwierigkeit.

Die Coronalsutur findet man aber in den meisten Fällen leicht, wenn man mit dem Daumen stetig vorwärts drückend bis an's stephanion kommt und hier die Zahnung wahrnimmt. Das obere Drittel der Sutur, meist sehr schwierig durchzufühlen, kann man sich dann durch Fortführung der unteren Linie nach oben construiren.

Die Kante des Temporalmuskels stellen wir dadurch leicht fest, dass wir den Patienten den Mund fest schliessen lassen; der betr. Muskel erhebt sich dann en relief und die Aussenlinien seiner oberen Grenze werden sehr deutlich. Bietet das Abtasten der Temporalfascie

Schwierigkeiten, so bedenke man, dass dieselbe sich dort inserirt, wo die gewölbten Schädelknochen in eine mehr senkrechte Lage übergehen und die Seitenwände des Schädeldaches bilden.

In den Fällen, in denen die Coronalsutur nicht durch Tasten entdeckt werden kann, fühlt man in ihrer Nähe eine abgerundete Kante, nach hinten begrenzt durch eine deutliche, schmale *Rille*, die das vordere Sechstel des os parietale einnimmt, während eine ähnliche, weniger deutliche Rille im os frontale vor der die Sutur bergenden Kante existirt. Wenn nun der Finger vom tuber parietale ausgeht und nach vorn geführt wird, würde er zuerst allmählich die oben erwähnte Rille heruntergleitend, diese verlassen, indem er die die Sutur enthaltende Kante kreuzt und sich in der schmalen Rille des os frontale vor der Sutur verliert. —

Vielleicht noch wichtiger, als die bis jetzt erwähnten Suturen ist die Parieto-squamalsutur. In der Schläfengrube unterhalb des Muskels gelegen erreicht diese halbkreisförmige Sutur ihre grösste Höhe in einer senkrechten, vor der Artikulation des Unterkiefers gezogenen Linie. Die **H** förmige Vereinigung des os parietale, des grossen Flügels vom Wespenbein, des os frontale und der Schläfenschuppe, welche die Abweichungen der Zweige der *Fissura Sylvii* markirt, nannte Broca *pterion;* sie bildet den Anfang der sutura squamosa. Aeusserlich ist das pterion durch den Temporalmuskel verdeckt; aber die abschüssige, querlaufende Linie des **H**, welche die Nahtverbindung zwischen dem vorderen unteren Muskel des os parietale und den grossen Flügel des Wespenbeins andeutet, ist gewöhnlich halbwegs zwischen dem *Stephanion* und der oberen Jochbeingrenze gelegen; die Messung geschieht durch eine Senkrechte vom Jochbein bis zum Stephanion. —

Indem nun Horsley dazu übergeht, das Verhältniss der motor. Region zu den beschriebenen Erhöhungen des Schädels näher zu bestimmen, beginnt er mit der *Fissura Rolando.* Bisher suchte man dieselbe, in dem man senkrechte Linien von einer durch den meat. auditor. extern. gehenden Basis zog. Dieselben sind mit welchen Instrumenten auch ausgeführt nach Horsley's Meinung Irrthümern unterworfen, die seiner resp. Professor Thane's Methode nicht anhaften. Um das obere Ende der Fissura Rolando festzustellen, nimmt man die Länge der Mittellinie des Kopfes, von der Nasenwurzel ausgehend bis zur protuberantia occipitalis, halbirt das Resultat, wodurch man das Centrum der Mittellinie des Kopfes erhält und $1^1/_4$ Centimeter hinter diesem Punkt findet man das obere Ende der Rolando-'schen Fissur (bei Erwachsenen). Zahlreiche Beobachtungen haben gelehrt, dass auf diese Weise der Anfang der Fissur richtig zu bestimmen ist, dass sich das fixirte Mass also von keinem wesentlichen Nachtheile erwiesen hat. Ist aber einmal der Anfang gefunden und hat die Fissur eine constante Lage, so wird es auch nicht schwer sein, den ganzen Verlauf zu bestimmen. Hare fand ziemlich constant den Winkel zwischen Mittellinie und Fissur 67^0. Darauf hin construirte nun Horsley ein ganz einfaches Instrument aus (vernickeltem) Eisenblech; es

besteht aus einem 25 Centimeter langem, 1 Centimeter breitem Streifen, von dessen Mitte ein zweiter, 15 Centimeter langer Streifen abzweigt und einen Winkel von 67 Grad bildet. Auf dem längeren Streifen ist auf beiden Seiten eine Scala, die $1^1/_4$ Centimeter von der Mittellinie beginnt, in Centimetern markirt. Der Gebrauch des Instrumentes ist folgender: man lege den langen Streifen auf die vorher markirte Mittellinie des Kopfes; der Winkel zwischen den beiden Streifen wird dann auf das (nach Thane) theoretisch construirte obere Ende der Rolando'schen Fissur gelegt: eine der vorderen Seite des kurzen Streifens entlang gezogene Linie gibt jetzt ganz genau die Lage der Fissur und die *oberen zwei Drittel ihres Laufes* an. Die Rol. Fissur ist jedoch keine ganz gerade Linie. Sowohl beim Affen, wie beim Menschen zieht sie sich nach unten und vorn und wenn sie ungefähr dem unteren Ende des *intraparietalen Sulcus* gegenüber angelangt ist, wird sie, während sie sich der Fissura Sylvii nähert, senkrechter. Sie bildet so zu sagen eine Art Kreis in diesem Theile ihres Verlaufes. Sowohl bei den höheren wie bei den niederen Thieren variirt diese Biegung der Fissur. Und wenn auch das untere Ende der Fissur nicht mehr als $^1/_2$ Centimeter von der Horizontalen abweicht, kann sie dennoch nicht durch eine senkrechte Linie festgestellt werden.

Die *Fissura Sylvii* besteht aus einem kurzen vorderen und langen hinteren Arm — sie bildet in geringem Grade die vordere Grenze der „motorischen" Region. Sie beginnt, wie oben bereits angedeutet, beim *pterion*; ihr vorderer nach oben und vorn laufender Arm fängt etwa 1 oder 2 Millimeter vor der *sutura sphenoidea squamosa* an und führt, wenn man sich so ausdrücken darf, die Richtung derselben weiter. Der hintere Zweig der Sylvischen Fissur steigt aufwärts und rückwärts gerade über der sutura parieto-squamosa bis zu deren höchstem Punkte, verlässt dann dieselbe, und wendet sich aufwärts gegen das tuber parietale, welches er bald erreicht.

Die Lage dieser Fissur ist deshalb leicht festzustellen. Betonen wollen wir nochmals, dass der vordere Zweig gerade vor dem unteren Ende der sutura coronalis die „motorische" Region nach vorn begrenzt, während der hintere Theil, unter der sutura parieto-squamosa belegen, die untere Grenze der betr. Region bildet. —

Parallel der Coronalsutur und dicht hinter derselben läuft der *sulcus praecentralis*. Er trennt bekanntermassen zwei Windungen von ganz verschiedener Funktion und ist deshalb von grosser Wichtigkeit. Der Coronalsutur folgend zieht er sich auf- und ein wenig rückwärts, der Art, dass er, wenn eine Linie zum Scheitelbein sich in einer horizontalen Ebene befindet, eine senkrechte Stellung einnimmt, wesshalb er auch den Namen eines „senkrechten sulcus" führt. Er erstreckt sich in der Regel bis fast zum Centrum der Rollando'schen Fissur und vor ihm zieht nach vorn der *sulcus frontalis inferior* der oberen Temporalkante gegenüber. Ueber dem Ursprungspunkte des *Sulcus frontalis inferior* nimmt der *sulcus praecentralis* seinen Lauf quer über die Wurzel der mittleren Frontal-Windung. Die Localisation des oberen Theiles des sulcus praecentralis ist demnach eine leichte Sache,

und ferner ist die Windung, die sich um sein unteres Ende zieht und ihn von der *fissura Sylvii* trennt, häufig von derselben Breite, (ungefähr 1 Centimeter) was man *praktisch* als constant annehmen kann.

Der *sulcus frontalis superior*, meistens ziemlich constant, beginnt in der *aufsteigenden Frontalwindung* ungefähr halbwegs zwischen der fissura Rolando und einer nach oben in die Linie des sulcus praecentralis fortgeführten Linie. Sein Anfang, eine kurze aufwärtssteigende Furche, liegt hinter dem letztgenannten Sulcus und ist leicht auf dem Schädel festzustellen, nachdem man die Lage der fissura Rolando und Coronal-Sutur bestimmt hat. Sowohl der sulcus frontalis superior wie inferior laufen nach vorn und ein wenig nach unten, sie sind zum grössten Theil der longitudinalen Fissur parallel und durch viele secundäre Zweige höchst complicirt. —

Hinter der fissura Rolando liegt der *sulcus intraparietalis*, der in sofern Bedeutung verdient, als er eine deutlich definirbare hintere Grenze der „motor.“ Region bildet. Aeusserlich kann man ihn entdecken, indem man zuerst die Lage der fissura Rolando und Sylvii localisirt — er dreht sich direkt rückwärts unterhalb der horizontalen Ebene des sulcus frontalis superior, läuft dann mehr oder weniger parallel mit der longitudinalen Fissur, indem er sich um das äussere Ende der fissura parieto-occipitalis externa zieht und endet im Occipitallappen. Dieser Sulcus liegt, während er die hintere Grenze der aufsteigenden Parietalwindung bildet, im ersten Theil seines Verlaufes (äusserlich) halbwegs zwischen der Linie der Rolando'schen Fissur und der Mitte der Parietalerhöhung.

Der Vollständigkeit wegen sei von der *fissura parieto-occipitalis* bemerkt, dass sie selten mehr als $2^1/_2$ Centimeter lang ist, dass sie einen rechten Winkel zur longitudinalen Fissur (in welche sie mündet) bildet und fast immer vor der Spitze der Sutura lambdoidea (meistens 2—3 Millimeter) gelegen ist.

Wenig bleibt über die Windungen selbst zu sagen übrig, da ja ihre Verhältnisse absolut von der Ausbreitung und dem Zustande der *Sulci* abhängig sind, über welch' lelztere ja oben sich das Hauptsächlichste findet.

Von grösster Wichtigkeit ist bekanntlich die *aufsteigende Frontal-Windung (vordere Centralwindung* d. deutschen Autoren) deren Fuss wir dadurch markiren, dass wir im Geiste die fissura Rolando nach hinten und des sulcus praecentralis nach vorn in die fissura Sylvii verlängeren. Gleichzeitig definiren wir auch dadurch den Fuss der *aufsteigenden Parietalwindung (hintere Centralwindung* der deutsch. Autoren) und des *Gyrus frontalis inferior*. Das hintere Ende der letzteren Windnng ist nach hinten durch eine vom hinteren Ende des sulcus frontalis superior zur fissura longitudinalis gezogenen imaginären Linie begrenzt und verläuft parallel mit dem sulcus Rolando.

Wir mässen ferner noch daran erinnern, dass der sinus longitudinalis superior rechts von der Mittellinie liegt, der Art, dass seine linke Grenze genau mit der Mittellinie des Kopfes coincidirt. Daraus resultirt, dass die innere Linie der rechten Hemisphäre in der

Regel gerade ausserhalb der Linie sich befindet, deren Ende sich an die breitesten Zahnungen der Sagittal-Sutur anschliesst, während andererseits der Rand der linken Hemisphäre dicht an die Mittellinie grenzt.

Die *aufsteigende Parietal-Windung* (hintere Centralwindung) ist durch den sulcus intraparietalis hinten und die fissura Rolando vorne markirt. Nachdem sie das Knie der letzteren passirt hat, erweitert sie sich, um den lobulus parietalis superior zu bilden, und da sie nach hinten zu dem Occipitallappen um das äussere Ende der Fissura *parieto-occipitalis* läuft, so braucht man sich nicht zu wundern, dass dieser *lobulus* von *Sulci* untergeordneter Bedeutung durchschnitten ist.

Der einzige Theil der mittleren Oberfläche, der uns hier augenblicklich interessirt, ist die „*Marginal-Windung*“, oder genauer ausgedrückt, deren hintere Hälfte einschliesslich des *lobulus parancentralis*. Die äussere topographische Anatomie dieses Gyrus ist selbstredend einfach diejenige der Grenze der betreffenden Hemisphäre.

Hiermit habe ich die Cardinalpunkte der Horsley'schen Arbeit wiedergegeben. Ich habe absichtlich alles das mitzutheilen unterlassen, was sich auf vergleichend-anatomische und physiologische Verhältnisse bezieht, worüber ja Horsley, wie bekannt, vielfach experimentirt hat. Die diesbezüglichen Resultate, welche Horsley auch in dieser Arbeit verschiedentlich berührt, sind von mir anderweitig (siehe Schmidt's Jahrbücher CCXVII p. 13) zum Theil schon wiedergegeben, zum Theil sollen sie gelegentlich später angeführt werden. Auch das grosse, umfangreiche Kapitel über die *Begrenzung der Darstellungsflächen der verschiedenen Körpertheile in den topographisch festgestellten Gyris* habe ich nicht reproducirt, wiewohl Horsley hier durch zahlreiche schematische Abbildungen seine operativen Fälle verwerthet. Mir kam es eben weniger darauf an, diese detaillirte Schilderung, die ohne Abbildungen auch schwer verständlich sein dürfte, den Lesern vorzuführen, als vielmehr gewisse Hauptmerkmale zu fixiren, die das Verhältniss der „motor.“ Region zum Schädel illustriren und im gegebenen Falle eine kleine Handhabe bei der Bestimmung der Stelle, an welcher die Trepankrone angesetzt werden soll, zu bieten.

II. Original-Vereinsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom Montag den 16. Juni.

Von Dr. Koenig in Dalldorf.

522) **Oppenheim:** *Zur Discussion über den Vortrag des Herrn Bernhardt (vom 14. 5.). Besprechung eines ähnlichen Falles mit anatomischer Untersuchung.*

Der 24 j. Arbeiter Ü. wurde im August 1887 in die Nervenabtheilung der Charité aufgenommen. Er war vom Gerüst heruntergestürzt und dabei auf das Kreuz gefallen. Bewusstlosigkeit, Taubheits-

gefühl in beiden Beinen, Bewegungslosigkeit, Harnverhaltung. Lähmung und Taubheitsgefühl in den Beinen verloren sich bald; Incontinentia urin. et alv. blieben, ebenso Taubheitsgefühl in der Gesässgegend; auch bekam er keine Erectionen mehr. In der Gegend des ersten und zweiten Lendenwirbels war ein Gibbus zu constatiren. Keine Atrophie an den unteren Extremitäten; keine Abnahme der electrischen Erregbarkeit; Kniephänomen etwas gesteigert; Achillessehnenreflexe fehlten. Anästhesie in der Gegend des Anus und am Penis, sowie eines Streifens in der hinteren Gegend der Oberschenkel. Patient katheterisirte sich selbst; es entwickelte sich eine purulente Urethritis und Cystitis; am 28. Dez. 1887 starb Patient.

Sectionsbefund; Infraction des 1. Lendenwirbels; Entsprechend dem 1. Wirbel war der Rückenmarkskanal etwas verengt. Makroskopisch liess sich am Rückenmark keine besondere Veränderung konstatiren; mikroskopisch Fettkörnchenzellen. Nach der Härtung zeigte sich dass der Conus terminalis der Sitz einer sehr schweren myelitischen Erkrankung war, die sich sonst auf den ganzen Querschnitt erstreckte und in der Gegend der Lendenanschwellung verschwand; von hier an fand sich aufsteigende Degeneration der Goll'schen Stränge, die bis oben hinauf zu verfolgen war. Die Wurzeln waren im allgemeinen normal bis auf die aus den erkrankten Theilen kommenden, welche zum Theil stark degenerirt waren. Bei Erkrankungen der cauda equina findet man anfangs häufig Reizerscheinungen, ein Symptom, welches sich als differenzialdiagnostisches Moment verwerthen lässt; im übrigen ist die Verwandtschaft dieser Fälle mit dem eben beschriebenen eine recht grosse. Westphal hat in einem Falle von Erkrankung der cauda equina eine elektrische Untersuchung des Sphincter ani externus vorgenommen und ein Fehlen der Erregbarkeit gefunden. —

In der Diskussion meint Remak, es sei unmöglich, die Fälle von Erkrankung der cauda equina von denen des Rückenmarkcentrums klinisch zu unterscheiden; auf den angezogenen Westphal-'schen Fall, den er selbst als Assistent beobachtet hat, geht er näher ein. Oppenheim glaubt, an seiner Behauptung bezüglich der Differenzialdiagnose festhalten zu müssen.

523) **Bernhardt:** *Zur Discussion über den Vortrag des Herrn Oppenheim (vom 14. 5.). Krankenvorstellung.*

Pat. ein 33 j. Conditor, niemals syphilitisch, kein Potator, hat mehrfach doppelt gesehen und klagte über Druck in der Magengegend, Erbrechen und Uebelkeit; Pupille L > R; Lichtreaction etwas träge; Kniephänomen fehlt; jetzt kein Doppelsehen; aber taubes Empfinden in den Beinen und Händen; Gang bietet nichts besonderes; leichtes Schwanken bei Augenschluss.

Seit einiger Zeit klagt Patient über ein Gefühl von Geschwollensein am ganzen Gesicht, speciell an den Lippen. Wenn er isst, kann er den Bissen ganz gut im Munde bewegen, wirft er den Bissen jedoch von einer Seite nach der andern so fällt er nach vorn hinaus, nicht in Folge einer Lähmung, sondern einer Sensibilitätsstörung, einer Art von Ataxie. Untersuchung mit dem Tasterzirkel ergibt grössere

Distanzen als unter normalen Verhältnissen. Eine erhebliche Störung des Geschmacks ist nicht vorhanden.

Wahrscheinlich handelt es sich hier auch um Störungen im Bereich der aufsteigenden Trigeminuswurzel.

In der Discussion bemerkt Remak, dass er eine ganze Reihe ähnlicher Fälle beobachtet habe; öfters waren auch Störungen des Geschmacks zu constatiren, einmal auch eine Verlangsamung.

Bernhardt: Ein Wiener College habe in einem ähnlichen Falle ein dauerndes Gefühl von Süss constatirt, ohne dass im Urin Zucker gefunden wurde.

524) **Remak**: *Krankenvorstellung.*

39 j. Arbeiter kam am 28. 5. 1886 zum ersten Mal zu R.; er bot den Symptomencomplex einer linksseitigen Hemiplegie: Pat. erzählte, er sei seit dem 18. Lebensmonat linksseitig gelähmt; die Ursache sei ihm nicht bekannt. Er ist der letzte von 3 Geschwistern, welche gesund sind; Eltern gesund; Lues hereditaria nicht zu ermitteln. Patient selbst litt als Kind an Kopfausschlägen, sonst immer gesund, keine Krämpfe, kein Potus. Die linken Extremitäten konnte er gebrauchen, bis auf den Daumen. Pat. ist verheirathet, Vater von 5 gesunden Kindern. Er behauptete, dass seine Hand seit 4—5 Monaten steifer geworden wäre. Im Facialisgebiet war keine Lähmung vorhanden; der Arm war leicht contracturirt; die Finger etwas eingeschlagen; der linke Arm 4cm kürzer als der rechte.

Diagnose: Cerebrale Hemiplegie.

Patient wurde electrisirt; nach 7 Sitzungen deutliche Besserung er behauptete, seinen Daumen noch nie so gut bewegt haben zu können

Am 30. 4. 1888 kam er wieder. Im Mai 1887 will er Kopfschmerzen und Schwindel bekommen haben; auch war das Bein nicht so brauchbar; liess sich in der Charité aufnehmen, wo er 6 Wochen lang war. Nach 14 Tagen bekam er Zuckungen links am Halse und in der Hand. Vom 1. 8. 1887 an arbeitete er wieder. Im October bekam er plötzlich einen Schwindelanfall auf der Strasse, fiel um, war 15—20 Minuten lang bewusstlos; Krämpfe hatte er nicht. Im März 1888 ein zweiter ähnlicher Anfall. Bald darauf bekam er einen eigenthümlichen Anfall von Verwirrtheit, der 8—10 Stunden dauerte; seit kurzem hat Pat. die Haare verloren; dadurch wurde R. auf eine strahlige Narbe aufmerksam in der Gegend des inneren Randes des linken Scheitelbeines; man fühlt da einen Defect im Knochen. Patient selbst hat diesen Defect erst jetzt nach Verlust der Haare bemerkt.

Zu constatiren sind jetzt eigenthümliche Zuckungen im Platysma, die anfänglich klonisch waren, jetzt mehr tonisch sind. Die Contractur des Armes hat zugenommen; die Finger sind mehr geschlossen; auch in der Hand bemerkt man athetotische Bewegungen. Die Zunge zeigt keine Deviation, keine Lähmung der Mundfacialis. Die Bewegungen des linken Armes sind etwas verlangsamt. Es findet sich weder eine Atrophie noch eine Hypertrophie; die Sensibilität ist in allen Qualitäten erhalten die Zehen der linken unteren Extremität

zeigen auch ab und zu athetotische Bewegungen. Es besteht eher eine Hyperästhesie der Haut. Sehnenreflexe links etwas gesteigert.

An der Diskussion betheiligen sich die Herren Mendel, Remak, Bernhardt und Oppenheim.

525) **Wollenberg**: *Ueber psychische Infection.*

Redner giebt zunächst eine kurze Uebersicht der Anschauungen, welche man gegenwärtig von der sogen. psychischen Infection hegt. Bekanntlich hat man unächte und ächte Fälle zu unterscheiden, nur bei den letzteren kann man wirklich von Infection sprechen. Es kommen da folgende Möglichkeiten in Betracht:

1.) das zuerst erkrankte Individuum (A) drängt seine Wahn-Ideen vermöge eines sozialen, moralischen oder intelectuellen Uebergewichtes einer anderen Person (B) auf; die letztere acceptirt sie aber nur scheinbar und wird nach der Trennung sofort gesund. Hier ist nur *eine* Person wirklich geisteskrank („folie imposée“ Marandon de Montyel).

2.) A und B sind geisteskrank; aber B.'s Psychose erhält nur anfangs von A ein gewisses Gepräge und nimmt nach der Trennung einen selbstständigen Verlauf.

3.) A. inducirt B. seine Psychose wirklich („inducirtes Irresein“ „folie communiquée“).

In ätiologiger Beziehung kommt in Frage:

1.) Angeborene oder erworbene psychopathische Disposition.

2.) Die durch die Erkrankung eines Nahestehenden gesetzte Gemüthsalteration.

3.) Ein möglichst inniges und nach Aussen abgeschlossenes Zusammenleben.

4.) Der Nachahmungstrieb.

Es ist bekannt, dass die Erkrankung durchaus nicht auf 2 Individuen beschränkt zu sein braucht (folie à deux), sondern dass häufig 3, 4 und mehr Personen in Mitleidenschaft gezogen werden. —

Hinsichtlich aller weiterer Einzelheiten verweist Redner auf eine demnächst im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten erscheinende Arbeit, in welcher er den Gegenstand ausführlich behandelt und auch einen interessanten Fall eingehend schildert, den er in der Provinzial-Irren-Anstalt Nietleben bei Halle a. S. zu beobachten Gelegenheit hatte.

Es handelte sich um einen 80jährigen Mann, der mit seinen beiden Töchtern zusammen, sämmtlich an chronischer Verrücktheit leidend, in die Anstalt gebracht wurde. Es wurde festgestellt, dass zuerst die jüngere, 41 Jahre alte Tochter mit Beeinträchtigungs- und Ueberschätzungs-Ideen erkrankt war und ihre 44 Jahre alte Schwester damit angesteckt hatte. Beide bauten sich nun ein komplicirtes und höchst schwachsinniges Wahnsystem auf und überwältigten schliesslich auch den Alten, übrigens einen körperlich und geistig noch auffallend rüstigen Mann; er war bald der schlimmste von den Dreien. Wiederholte Belästigungen und Beleidigungen der Behörden etc. gaben schliesslich den Anlass znr Aufnahme in die Anstalt.

III. Referate und Kritiken.

526) **Ludwig Lange:** Neue Experimente über den Verlauf der einfachen Reaction auf Sinneseindrücke. (Philosophische Studien IV. 4.)

Eine der Funtamentalfragen der Psychophysik ist die nach der Dauer der sog. einfachen Reaction, d. h. nach der Zeit, die zwischen dem Geben eines bestimmten Signals (Ton, Berührung, Lichteindruck) und der sofort nach seiner Auffassung erfolgten Abgabe eines Reactions-Signals verstreicht.

Bisher haben verschiedene Beobachter sehr abweichende Werthe gegeben, selbst ein und dieselbe Versuchsperson lieferte Ergebnisse, die am Auffinden einer gesetzmässigen Erklärung fast verzweifeln liessen.

L. trennt nun auf Grund seiner zahlreichen und sehr sorgfältigen Versuche die erhaltenen Reactionszeiten in vollständige und verkürzte ein, die ersteren von durchschnittlich doppelt so langer Dauer, als die letzteren. Um vollständige Reactionen zu erhalten, muss die Aufmerksamkeit möglichst auf das Sinnesorgan, das durch den Reiz erregt werden soll, gerichtet sein, dagegen darf sie nicht der bei der Reaction in Anspruch genommenen Muskelgruppe zugekehrt sein. L. bezeichnet deshalb diese vollständige Reactionsform als *sensorische*. Die verkürzte, *musculäre* Reaction erhält man, wenn sich die Aufmerksamkeit ganz der reagirenden Muskelgruppe zugewendet hat, was sich durch eine gewisse Spannung in derselben verräth. L. nimmt an, dass von den einzelnen die Reihe der vollständigen Reaction zusammensetzenden Gliedern bei der extrem musculären Reaction kein Apperceptions- und Willensact stattfindet, bei dem die Perception den Eintritt der rein reflectorischen Reaction begleitet, die Apperception ihr erst nachfolgt; als Ort dieses Reflexes betrachtet er auf Grund von Erwägungen über den Faserverlauf das Kleinhirn, für Lichtreize vielleicht auch Seh- und Vierhügel.

Von den Versuchsergebnissen sei hier folgende Tabelle mitgetheilt.

Dauer in $^1/_{1000}$ Secunden.

	Musculäre Reaction.		Sensorische Reaction
Versuch 1	236	Versuch 1	121
„ 2	235	„ 2	129
„ 3	212	„ 3	127
„ 4	211	„ 4	133

Kurella (Ahrweiler).

527) **Schäfer** (London): Electrical excitation of the visual area in the monkey. (Elektr. Reize der Sehsphäre beim Affen.)

(Brain XII. April.)

Schäfer erhielt Augenbewegungen bei faradischer Reizung bestimmter, der sog. Sehsphäre naheliegenden Rindenbezirke (Occipitallappen, Lobulus quadratus, hinterer Rand der Gyrus angularis, oberes Ende der zweiten Schläfenwindung). Er nimmt an dass diese Bewe-

gungen Resultate subjectiver Gesichts-Wahrnehmungen sind, und die Bewegungen der Augen nach der Richtung gehen, wohin diese Wahrnehmungen nach aussen projicirt werden.

Nach dieser Annahme wäre die ganze Sehsphäre einer Hemisphäre mit den beiden entsprechenden Hälften beider Netzhäute verbunden; und zwar die obere Zone der Sehsphäre mit dem oberen Theil der betr. Netzhauthälften, die untere (caudale) Zone mit den unteren Theilen der betr. Netzhauthälften; die intermediäre Zone der Sehsphäre mit dem mittleren Theil der entsprechenden lateralen Hälften beider retinae.

Genauere Resultate verspricht er sich nur von der perimetrischen Untersuchung bei Visusdefecten des Menschen.

Kurella (Ahrweiler).

528) **C. Winkler** und **J. Timmer** (Utrecht): Anatomische aanteekeningen naar aanleiding van en geval van Atrophie van het linker corpus mammillare. (Fall von Atrophie des l. corp. mammillare anatomisch untersucht.) (Separat-Abdruck aus der Jubilaeumsfestschrift für Donders. 1888).

Atrophie der l. Hemisphäre bei einer epileptischen Idiotin, besonders des Occipital- und Scheitellappens, auch der Gyrus hippocampi sehr verschmälert. L. corp. mammillare kaum stecknadelkopfgross; die das Hinterhorn umschlisssende Marksubstanz stark verdünnt; linke Hälfte der columna fornicis nach rechts verschoben und stark verdünnt. L. thalamus opt. stark verkürzt durch Atrophie des tubercul. anterius und des pulvinar.

An einer Serie von Frontalschnitten von den crura anter. fornicis bis über die corpor. mammillaria hinaus zeigt sich die capsula interna links verschmälert, die linke columna ascendens fornicis auf $^1/_4$ der rechten reducirt.

Ein Schnitt durch das vordere Ende der corp. mammillaria zeigt starke Atrophie des lateralen und medialen Ganglions, aus dem letzteren zieht ein atrophisches, aber deutlich erkennbares Bündel nach der Haube; das l. tuberculum anter. thalami opt. ist auf diesem Durchschnitt ganz verschwunden.

Aus den weiteren Schnitten geht hervor, dass in Folge der partiellen Atrophie der Fimbria im l. Unterhorn eine beträchtliche Atrophie der columna und der radix ascendens fornicis und eine partielle Atrophie des Ganglion laterale eingetreten ist. Von einer Kreuzung der radix ascendens fand sich keine Spur. Die Atrophie des Gangl. laterale beweist den — wenigstens theilweisen — Ursprung der radix ascendens aus demselben. Die Dickenzunahme der rad. asc. an der vorderen Commissur ist auf das Hinzutreten des ungekreuzten Fornixbündels aus dem stratum zonale zu erklären, und die grössere Stärke der Fornixsäule gegenüber der radix asc. beweist das Hinzutreten des gekreuzten Fornixbündels aus der intacten (rechten) Hemisphäre, sodass der von Gudden behauptete dreifache Ursprung des Fornix sich bestätigt; auf der andern Seite geht daraus, für Monakow ge-

gen Gudden, hervor, dass das laterale Ganglion zu dem Ursprung des unteren Fornixbündels beiträgt.

Die Folgen der Rindenläsion waren totale Atrophie des tuberc. anter. thalami und der medialen Abtheilung des medialen Ganglions; somit steht das tuberculum anterius in Verbindung mit der Rinde des Hinterhaupts- und Parietallappens.

Die von verschiedenen Autoren beschriebene Umbiegung der columna fornicis in das Vicq-d'Azyr'sche Bündel liess sich somit nicht nachweisen. Kurella (Ahrweiler).

---

529) **S. J. Sharkey** (London): Case of atrophy of the frontal and parietal lobes of the brain, consequent of long continued paralysis of the limbs from spinal disease. (Hirnatrophie nach langdauernder spinaler Paraplegie.) (Brain XIII. April.)

37 jährige Frau erkrankt 5 Monate nach der Entbindung an Rückenschmerzen, motorischer Schwäche beider Beine, der rechten Hand, und an Blasenbeschwerden; 2 Jahr darauf Parese des l. Arms; im letzten Lebensjahr complete Lähmung und Flexionscontractur beider Beine und der r. Hand. Krankheitsdauer $2^1/_2$ Jahr, Tod an Fieber wegen Cystitis.

Section ergiebt cariöse Zerstörung der Körper der beiden letzten Hals- und der drei ersten Rückenwirbel; Erweichung der Vorder- und Seitenstränge in einer zwei Zoll langen Strecke, unterhalb derselben Lateralsclerose.

Die Parietal- und Frontal-Lappen des Hirns waren beiderseits stark atrophisch, die Windungen dünn, die Furchen breit, von Liquor erfüllt; die Atrophie war am meisten ausgesprochen an dem oberen Ende der beiden rechten Centralwindungen. Mikroskopisch zeigte die Rinde blosse Atrophie. Die anatomische Untersuchung scheint recht oberflächlich vorgenommen zu sein; der Verf. will, trotz der gut erhaltenen Intelligenz in diesem Fall die Atrophie der Stirnwindungen auf den Ausfall der den motorischen Leistungen der Extremitäten vorausgehenden intellectuellen Operationen zurückführen.

Kurella (Ahrweiler).

---

530) **S. J. Sharkey** (London): A fatal case of tumour of the left auditory nerve. (Tumor des linken Acusticus.) (Brain XIII. April.)

Anfang der Affection bei einem 40 jährigen Manne 18 Monat vor dem Tode. Initialsymptome: Continuirlicher und paroxysmaler Schwindel, Taubheit und Sausen im linken Ohr; diese Beschwerden nahmen in den letzten Monaten erheblich ab, während die allgemeinen Symptome eines Hirntumors heftig auftraten, besonders auch Tremor, maniakalische Anfälle, Hallucinationen, apoplectiforme Anfälle, doppelseitige Neuritis optica. Section ergab einen Kastaniengrossen Tumor im Winkel zwischen Cerebellum und Pons links: der Tumor schloss den Aucusticus in sich, war nirgends adhaerent, hatte eine tiefe Depression in das linke Cerebellum gemacht, den Flocculus nach hinten

geschoben und Pons und Medulla oblongata links abgeplattet; er bestand aus Spindelzellen.

S. bezieht den Schwindel, weil Initialsymptom, einzig auf die Affection des Acusticus. Kurella (Abrweiler).

531) **Schütz** (Berlin): Casuistischer Beitrag zur Aphasie und Paraphasie. (Charité Annale XIII.)

I. Mann von 48 Jahren. Schlaganfall vor 3 Jahren, darnach Sprachstörung. In den nächsten Jahren geringe Abnahme der Intelligenz und öfter wiederkehrende Ohnmachten. Sensorische Aphasie mit partieller Agraphie und Alexie. Geringe motorische Aphasie. Keine Hemianopsie, keine nachweisbaren Gehörstörungen, keine Hemiplegie. Pneumonie. Tod nach 3 jährigem Bestehen der Sprachstörung. Obductionsbefund: Erweichungsherde in den Frontal-, Central- und Temporalwindungen der linken Hemisphäre. Endarteritis der Gehirnarterien. Rechtsseitige fibrinöse Pneumonie etc.

Es handelt sich hier um einen 48 jährigen, hereditär nicht belasteten Mann, der früher im Wesentlichen immer gesund war, vor 3 Jahren in Folge eines Schlaganfalls von einer Sprachstörung befallen wurde, die zwar in der nächsten Zeit in geringem Grade zurückging, dann aber stationär blieb und bis zur Aufnahme des Kranken in die Anstalt, drei Jahre nach dem ersten Insult, keine auffälligen Veränderungen zeigte. In dieser Zeit hatte Pat. von Zeit zu Zeit über Ohnmachten zu klagen. Dieselben sind wohl als leichtere, nicht zu schweren und bleibenden Störungen führende Insulte aufzufassen. Eine Abnahme der Intelligenz des Kranken war in der letzten Zeit zu bemerken, und führte dieselbe zu Erregungszuständen. In einem solchen wurde Pat. zur Anstalt gebracht.

Die Sprachstörung des Kranken bot im Wesentlichen das Bild einer sensoriellen Aphasie. Der Kranke war nicht im Stande, das gesprochene Wort zu verstehen oder dasselbe nachzusprechen.

Der erste Eindruck, den er machte, war der eines hochgradig verwirrten Menschen, der zusammenhangslos allerlei Worte aneinanderreihte und ohne Verständniss dessen war, was zu ihm gesagt wurde, sobald er nicht in der Lage war, aus der Mimik oder den Gesten der mit ihm unterhandelnden Person zu combiniren, was diese zu ihm sagen wollte.

Eine motorische Aphasie war dann nur in sehr geringem Grade vorhanden, jedenfalls liess sie sich nicht mit Sicherheit nachweisen. Der Kranke verfügte noch über einen ziemlich grossen Wortschatz, wenn er auch die ihm verbliebenen Worte meist unrichtig oder verstümmelt anwandte. Er war nicht mehr im Stande durch das Gehör zu beurtheilen, dass seine Rede eigentlich unverständlich war. Eine deutliche Gehörsstörung auf einem oder beiden Ohren liess sich bei dem Kranken nicht constatiren. Es war dem Kranken demnach das Centrum für die Klangbilder (Wernicke, der aphasische Symptomencomplex) verloren gegangen.

Das Krankheitsbild wechselte zuweilen, insofern, als der Kranke

Worte oder Befehle, für die er an dem einen Tage anscheinend oder wirklich Verständniss gezeigt hatte, am anderen Tage nicht mehr verstand und umgekehrt.

Bemerkenswerth ist noch das Verhalten des Kranken, wenn er aufgefordert wurde, zu schreiben oder zu lesen. Nach Dictat zu schreiben vermochte er nicht mehr, ebensowenig laut richtig zu lesen, dagegen fehlte ihm nicht die Fähigkeit, das geschriebene Wort, z. B. den Inhalt eines Briefes, zu verstehen und abzuschreiben. Alexie oder Agraphie bestand also bei ihm nur insoweit, als sich dieselbe auf das gehörte oder gesprochene Wort bezieht, soweit das Centrum für die Klangbilder dabei in Betracht kommt.

Auffallend in der Rede des Kranken, namentlich dann, wenn er sich in Erregung befand, war der Gebrauch von 2 Worten — Mama — Marie —, die er fast fortwährend in seine Aeusserungen hineinflickte, eine Erscheinung, die bei Aphasischen auch von anderer Seite beobachtet worden ist (Embolophrasia, Kussmaul, Die Störungen der Sprache: Ziemssen's Handbuch d. spec. Pathol. und Therapie, XII. Bd., Anhang, S. 212).

Motorische oder sensible Störungen waren bei dem Kranken nicht beobachtet worden. Auch keine Hemianopsie.

(Schluss folgt.)

532) **H. Quincke** (Kiel): Ueber Muskelatrophie bei Gehirnerkrankungen.
(Deutsch. Arch. f. klin. Medic. XLII. Bd.)

I. 14 jähriger Arbeiterssohn bekam Oktober 1882 plötzlich krampfhaftes Schütteln des linken Armes, 5 Minuten lang; in den nächsten Tagen noch 2 Mal. Am 22. Oktober Krampf sehr heftig, zuerst im linken Arm, dann im linken Bein, zuletzt starke Erschütterungen des ganzen Körpers. Lähmung der linksseitigen Extremitäten, die sich wieder verliert. Schüttelkrampf hat sich seitdem noch einige Male wiederholt. Seit Anfang November Kopfschmerzen. Aufnahme am 11. Novbr. 1882. Linker Oberarm etwas magerer, linke Schulter etwas eckiger und etwas herabhängend. Druck mit linker Hand viel schwächer, als rechts. Gang normal.

Diagnose: Wahrscheinlich Tumor der rechten Hemisphäre. Spitalaufenthalt 4 Wochen, darin 7 Anfälle, darnach die linksseitigen Extremitäten paretischer, als sonst. Abmagerung des linken Armes wurde deutlicher; auch war die linke Wade dünner, als die rechte. Am 13. Dezember exitus nach vorhergegangenem heftigen Krampfe, wobei Blindheit und Irrereden.

Section wies ein *Gliom* von 3,5 Ctm. Durchmesser in der vorderen Centralwindung nach. Der Tumor bleibt medianwärts von der Rinde des lobulus paracentralis in minimo 3 Mm. entfernt. Nach vorn ist er durch den sulcus praecentralis, nach hinten durch die Centralfurche begrenzt.

Nachträglich wurde vom Vater des Kranken angegeben, dass etwa 1 Jahr vor dem Tode ein Stock aus 10 Meter Entfernung gegen

die Stirn des Knaben geflogen war, wonach ganz kurze Bewusstlosigkeit und etwa 8 Tage langes Kranksein.

Die Atrophie (absteigende Degeneration bestand nirgends) der Extremitäten links wird direct vom cerebralen Herde abhängig zu machen sein. Quincke hält es für denkbar, dass gewisse corticale Ganglienzellen normalerweise einen trophischen Einfluss auf die motor. Theile des Rückenmarkes und damit indirekt auf die peripheren Nerven und Muskeln ausüben und dass Ernährungsstörungen der letzteren schon eintreten können, wenn der Ausfall der corticalen Einwirkung nur zu functioneller, anatomisch noch nicht erkennbarer Schädigung der Rückenmarksbahnen geführt hat. Liegen diese trophischen Ganglienzellen nämlich getrennt von den motorischen und laufen ihre Stabkranzfasern noch eine Zeit lang getrennt von jenen, so kann, wie hier, Atrophie fast ohne Lähmung vorkommen und ebenso auch bei Herden der inneren Kapsel Lähmung ohne hinzutretende Atrophie. —

Aus der Literatur werden kurz als hierhergehörig ein Fall von Burresi und ein Fall von Gliky wiedergegeben.

Bei zwei weiteren Fällen des Verf.'s stellte sich die Abmagerung zwar erst nach Eintritt der Lähmung, aber auffallend frühzeitig ein.

II. K., 39 J. alt. 4 Monate vor dem Tode, Mitte Juli 1886, sensible und motor. Reizerscheinungen des Fusses und dann der ganzen linken Seite. 4 Wochen nach Eintritt der vollständigen Lähmung linker Arm bedeutend magerer, als der rechte. Allmählig Abnahme der Sensibilität links, Schwindelanfälle, Gedankenverwirrung, Erbrechen, Stauungspapille. † 18. November.

Section wies *Gliom* der medialen Hälfte beider rechtsseitigen Centralwindungen nach, auf Paracentrallappen und Fuss der 2. Stirnwindung übergreifend. Absteigende Degeneration nicht vorhanden.

III. G. A., 25 J. alt. 1886 luetische Infection. Januar 1887 rechtsseitiger Scheitelkopfschmerz, seit dem 20. Januar Parese der linken Hand. Am 24. Jan. bestand vollständige Lähmung der linken oberen, unvollkommene der linken Unterextremität. Schmierkur, Jodkalium. Drei Wochen später mässige Contractur des noch vollständig gelähmten linken Armes, deutliche Volumabnahme desselben, am paretischen linken Beine etwas Contraktur im Gastrocnemius, deutliche Abmagerung der linken Unterextremität. Faradisation täglich. Cur wird in Aachen fortgesetzt. Besserung.

Es handelte sich nach dem Verf. um eine gummöse Infiltration der Pia im motor. Gebiete der Rinde. Atrophie, die sich früh einstellte, wurde erheblich gebessert.

Das elektrische Verhalten in allen angeführten Fällen war nicht charakteristisch, Entartungsreaction fehlte. Die Contraction war nur kraftloser, als auf der gesunden Seite und etwas schnellend.

Verf. verhehlt sich nicht, dass die Hypothese trophischer Centren der Rinde sehr unsicher begründet ist — aber es kommt ihm hauptsächlich auf den Nachweis des Vorkommens von Muskelatrophie bei rein cerebralen Krankheitsherden an.

Goldstein (Aachen).

533) **C. Gerhardt** (Berlin): Die Krankheiten der Hirnarterien.
(Veröffentlichungen der Gesellschaft für Heilkunde in Berlin. 1888. Verlag von A. Hirschwald.)

Immer, wenn Gerhardt die Erfahrungen einer längeren Epoche in einen Vortrag oder eine Abhandlung zusammendrängt, kann man sicher sein, in bündiger Kürze alles Wesentliche verzeichnet zu finden. Immer trifft er den Nagel auf den Kopf und die Lektüre eines solchen Vortrages gewährt ebenso grosses Vergnügen, als sie Belehrung in reichem Masse bietet.

Nachdem Verf. in vorliegendem Vortrage die eigenthümliche Anordnung der Hirnarterien geschildert, die besonderen Druckverhältnisse in der Schädelhöhle, bei denen die Hirnarterien so wesentlich mitspielen, gewürdigt, geht er näher auf die Entstehung der Gehirnkrankheiten ein. Mag ein Trauma, ein Hineinkriechen von Krankheitsursachen an den verschiedenen Eintritts- und Austrittsstellen von Gefässen und Nerven statt gehabt haben, mögen nervöse Funktionsstörungen, ursprüngliche Anlage die Ursache sein, immer werden die meisten den inneren Arzt interessirenden Krankheiten auf der Blutbahn dem Gehirn zugeführt werden. „Gewiss gibt es eine Menge von Zuständen in den Hirnarterien, die wir kaum ahnen, die wir heute nur vermuthungsweise beschreiben können". Da man von Hirnhyperämie kaum zu sprechen haben wird, weil eine beträchtliche Steigerung des Carotidendruckes nur eine Beschleunigung des Blutlaufes zur Folge hat, da die Hirnanämie schon so vielfach besprochen ist, so bleiben von gröberen Erkrankungen der Hirnarterien die Erweiterungen, Zerreissungen, Embolien und Thrombosen zu betrachten übrig, die vielfach namentlich in ihren Anfängen, Ursprüngen und Wirkungen mit einander verflochten sind.

Sowohl Aneurysmen als andere Hirnkrankheiten sind gewiss viel häufiger traumatischen Ursprungs, als sich direkt nachweisen lässt. Es finden sich aber bei Aneurysmen unter 131 Fällen, die von Kilian, einem Schüler Gerhardt's gesammelt sind, nur 8, die auf Traumata zurückgeführt werden konnten. Davon gehörte jedoch kein einziger der arteria fossae Sylvii an, die sonst von den Aneurysmen sehr bevorzugt ist. Unter den Aneurysmen der Carotis interna ist das Trauma als Ursache viel häufiger.

Die grosse Mehrzahl der Arterienaneurysmen ist auf Endarteriitis zu beziehen und sind die Genussmittel hier als Hauptursachen aufzufassen, zum Beispiel der Alkohol für die Genese der Aterombildung. Bei Herzkranken und jüngeren Personen, selbst Kindern kann das Aneurysma auf embolischem Wege entstehen. Zweifellos spielt auch hier die Syphilis eine Rolle.

Heubner z. B. fand in 15 Fällen von Hirnarterienlues bei 6 Aneurysmen und 3 mal war darunter die Basilararterie betroffen. Die Art. basil. stellt von den Hirnarterienaneurysmen das grösste Contingent, 37, die Art. Foss. Sylvii 35, die Carotis intern. 18. Aber auch Aneurysmen der Vertebralis sind nicht so gar selten. Auch bei diesen Aneurysmen findet sich zuweilen ein Symptom, auf das man erst

neuerdings aufmerksam geworden ist, das Hirnarteriengeräusch, ein systolisches Geräusch. Wenn der Kranke den Athem anhält und nicht schluckt, kann man zwischen dem Proc. mastoideus und dem dicken Strang der Nackenmuskeln ein Geräusch hören. Ist man zur Diagnose eines Aneurysmas gelangt, so ist auch die Möglichkeit einer Therapie bei den jetzigen Fortschritten der Chirurgie auf intracranieller Bahn gegeben. —

Hinsichtlich der Embolie kommen etwa auf 2 rechtsseitige 6 linksseitige. Die Embolien der Vertebralis erklären sich daraus, dass die Mündung derselben in die Basilaris eine Einschnürung zeigt. Dadurch wird es möglich, dass Emboli in der Vertebralis sich halten und nicht in das Gebiet der Basilaris und deren Aeste weiter spazieren. Aus einer Dissertation von Sperling ergibt sich, dass auf 300 Herzklappenkranke 84 Embolien kommen, 57 der Niere, 39 der Milz und nur 15 des Gehirnes. Berücksichtigt man die vorwiegend in Frage kommenden Embolien der Arter. Foss. Sylvii, so findet man dass von den Embolis, die von den Klappen herstammen, häufiger die linke Arterie betroffen wird, dagegen geben die von der Herzwand herrührenden (aus Gummatis oder sonstigen myocarditischen Herden) meistens in die rechtsseitige Arterie. $^2/_3$ finden sich bei Weibern, $^1/_3$ bei Männern. Unter den Symptomen ist die unvollständige Bewusstlosigkeit hervorzuheben (in $^2/_3$ der Fälle). Gleichzeitige Embolie in anderen Gebieten, Mangel von Vorläufern, der rasch vorübergehende Charakter der Lähmung helfen die Diagnose sicherstellen. Auch Aphasie kommt gerade bei Embolien sehr häufig zu Stande. —

Die Hämorrhagie kann in einer Anzahl von Fällen bekanntermassen aus den verschiedensten Erkrankungen der Gefässe hervorgehen. Blutdrucksteigerung und Erkrankung der Gefässwand wird wohl häufig zusammenwirken, letztere ist das prädisponirende, erstere dasjenige, was den Ausbruch der Sache herbeiführt. Die kleinen Gehirnarterienaneurysmen im Sehhügel, Streifenhügel, Kleinhirn, Centrum ovale etc., die als spontane zu betrachten sind und auf chronischer Endarteriitis beruhen (Eichler) sind gewiss häufig die Ursache der Hämorrhagie, wenn auch nicht die alleinige, so dass den Ernährungsstörungen der Gefässwände, die im Verlauf verschiedener Krankheiten (Scorbut, Leukämie, Chlorose, perniciöse Anämie, Morbus Brightii, Pertussis) vorkommen noch ein Theil übrig bleibt. Auch die Syphilis spielt hier sicher eine Rolle. Vortrag. z. B. fand in seinen Fällen $^1/_3$ der Kranken, die früher an lues gelitten.

Vortrag. erinnert an die Regel Charcot's, die er bewährt gefunden, dass die Rückbildung dann zu erwarten sei, wenn secundäre Contractur, wenn Verstärkung der Sehnenreflexe in den nächsten 14 Tagen nicht eintritt. Für die Diagnose von Wichtigkeit ist auch die von Prevost gegebene Regel, dass die Kranken ihren Krankheitsherd betrachten. Wenn die Extremitäten in Convulsionen begriffen sind, ist es umgekehrt. -

Die autochthone Thrombose kann entstehen durch bedeutend gesteigerten Hirndruck, Compressionsthrombose, meistens begünstigt

durch Erkrankung der Arterienwände, wobei Aneurysmenbildung, Endarteriitis und tuberculöse Erkrankung der Hirnarterienwände in Betracht kommt. Von besonderem Interesse waren unter den autochthonen Thrombosen einige, die sich im Verlaufe einer Basilarmeningitis in einigen Aesten der Art. Foss. Sylvii entwickelt hatten, die für die Erklärung der Hemiplegie nicht ohne Bedeutung sein dürfte.

Sonst spielen diese Thrombosen hauptsächlich eine Roile im Gebiete der Hirnarteriensyphilis, die praktisch am wichtigsten ist. Denn all' die Mittel, die auf die Muskulatur der Hirnarterien einwirken sollen, haben sich als unsicher erwiesen, so dass nur übrig bleibt die Erkrankungen der Hirnarterien, namentlich der Basilaris und Vertebralis, der Art. Foss. Sylvii, die auf Syphilis beruhen und durch autochthone Thrombose den Schlaganfall herbeiführen, frühzeitig zu erkennen und durch antiluetische Behandlung rückgängig zu machen.

Damit haben wir versucht, das Wesentliche aus dem höchst interessanten Vortrage wiederzugeben. Selbstverständlich konnten wir in einem Referate nicht all' die vielen bemerkenswerthen Einzelheiten, die den Vortrag zieren, anführen und müssen desshalb denjenigen, der sich dafür interessirt, auf das Original verweisen.

Goldstein (Aachen).

---

534) **Bury** (Manchester): Periphere Neuritis bei acutem Rheumatismus und die Beziehungen zwischen Gelenkaffectionen und Muskelatrophien.
(The medical chronicle 1888 VIII. p. 182.)

Der erste, der nachwies, dass eine Gelenkentzündung fast immer Atrophie der das Gelenk bewegenden Muskeln herbeiführt, war John Hunter; er bestritt auch, dass es sich um eine Inactivitätsatrophie handle. Andre Beobachter betonten die Reflexnatur dieser Atrophieen. Charcot griff zu der Annahme eines „Stupors" der Vorderhornzellen In einer andern Reihe von Fällen, z. B. bei acuter Coxitis, ist eine spasmodische Contractur, nicht eine Atrophie, die vorwiegende Muskelaffection, und auf solche Contracturen will Charcot auch die Entstehung der Deformitäten bei rheumatoider Arthritis zurückführen. Bury will die Entstehung eher auf normale Zugwirkung von Muskeln, deren Antagonisten atrophisch sind, zurückführen.

Der progressive Character und die lange Dauer der Atrophieen spricht für centrale organische Veränderungen als Ursache. Das häufige Auftreten erhöhter Sehnenreflexe, die nicht seltenen Contracturen weisen über die Vorderhornzellen hinaus auf eine Affection der spinalen Endverzweigungen des Pyramidensystems hin.

Sehr häufig findet sich bei acutem und chronischem Rheumatismus Atrophie der Mm. interossei der Hand; hier lässt sich oft eine Neuritis ulnaris nachweisen; auch der Adductor pollicis findet sich in diesen Fällen häufig mitergriffen, neben Sensibilitätsstörungen in dem Ulnaris-Hautgebiet und Verdickung des Ulnarisstamms.

Diese neuritischen Symptome fand B. jedoch nach Ablauf der acuten Gelenkaffectionen an dem *betreffenden Gliede*. Er erinnert an die

bei Phthise, Typhdoid gefundenen Neuritiden, und lässt es unentschieden, ob die rheumatische Neuritis einen centralen oder einen peripheren Ursprung hat. Kurella (Ahrweiler).

---

535) **J. Pugibet** (Paris): Des paralysies dans la dysentérie et la diarrhée chroniques dans les pays chauds. (Lähmungen bei chronischer Dysenterie und Diarrhoe der heissen Länder.) (Gaz. des Hôp. 1888 Nro. 56.)

Die beiden vorstehenden Krankheitszustände können sowohl in ihrem acuten als chronischen Stadium zu verschiedenen Störungen des Nervensystems, besonders zu Paralysen, Anlass geben.

Letztere, gewöhnlich incomplet, ebenso häufig ein- wie doppelseitig, treten oft plötzlich in der Nacht auf, gehen entweder rasch in Genesung über oder persistiren das ganze Leben hindurch; nur selten führen sie zum Tode.

Dabei bleibt die Sensibilität intact, ebenso die elektrische Contractilität der Muskeln.

Diese Motilitätsstörung wurzelt in den Zellen der vorderen Hörner der Medulla, wo, wie es scheint, gelegentlich in Folge hochgradiger Abschwächung des Organismus in erster Linie eine capilläre Thrombose und in zweiter Ischämie sich entwickeln, Zustände, die wenn sie sich nicht wieder ausgleichen, in Atrophie und Erweichung ihren Ausgang nehmen.

Pauli (Köln).

---

536) **Gilbert Ballet** (Paris): Des spasmes musculaires consécutifs aux lésions rhumatismales chroniques des jointures. (Muskelkrämpfe in Folge von chronischem Rheumatismus der Gelenke.)

(Gaz. des Hôp. 1888 Nro. 67.)

Seit Charcot weiss man, dass, wenn Gelenkaffectionen die Med. nachtheilig beeinflussen, Muskelcontractur oder Paralyse die Folge sind.

Zu diesen beiden Consecutivzuständen will B. auf Grund 3 mitgetheilter Beobachtungen ferner noch Muskelkrämpfe gerechnet wissen.

Dieselben, seit Duchenne functionelle genannt, entstehen aus einer abnormen Erregbarkeit eines medullären Centrums, die entweder auf körperlicher Ueberanstrengung (Schreibkrampf) oder auf einer besonderen Disposition hierzu oder endlich auf einer chronischen Läsion eines Gelenks beruht. Pauli (Köln).

---

537) **D. de Berdt Hovell** (Elstree): Nerve shock in Hysteria. (Shock in Folge von Hysterie.) (The Lancet. 7. April 1888.)

Es gibt Fälle von Hysterie, welche sich dadurch auszeichnen, dass Eigensinn, Hartnäckigkeit und Halsstarrigkeit einen der hervorstehendsten Züge derselben bilden, Seelenzustände, welche unter Umständen nicht selten den moralischen und damit zugleich, wie ein angeführtes Beispiel zeigt, physischen Untergang herbeiführen.

Pauli (Köln).

---

538) **W. Hale White** (London): On the treatment of epilesy by simulo. (Die Behandlung der Epilepsie mit Simulo.)
(The Lancet. 31. März 1888.)

Die aus dem Samen von Capparis coriaceae bereitete Simulo-Tinctur, zu je einer Drachme 3 mal täglich innerlich genommen, schwächte nicht nur in sieben Fällen 6 mal die epileptischen Anfälle ab, sondern verminderte auch die Zahl derselben.

Diesen günstigen Versuchen gegenüber erscheint es gerathen, um so mehr als die genannte Tinctur nicht die geringsten Inconvenienzen involvirt, damit weitere Versuche nach der gedachten Richtung hin anzustellen. Pauli (Köln).

---

539) **W. S. Playfair** (London): Note on the so-called „anorexia nervosa". (Notiz zur sog. „Anorexia nervosa".) (The Lancet. 28. April 1888.)

Die Anorexia nervosa oder richtiger die functionelle Neurose des Magens leitet ihren Ursprung von dem durch übermässige körperliche oder geistige Anstrengung oder depressive Gemüthsaffecte alterirten Nervensysteme her und gibt sich in erster Linie durch eine grosse Abneigung gegen Speisen kund.

Sodann gehören zu ihren besonderen Merkmalen eine auffallende Neigung zu übermässigen körperlichen Anstrengungen sowie die hartnäckige Unterdrückung der Menstruation, welche oft Monate, ja Jahre lang und selbst dann noch andauert, nachdem sich die Ernährung schon längst wieder gehoben hat.

Absolute Ruhe, Massage, Roborantia und hauptsächlich Entfernung aus der häuslichen Umgebung leisten gegen diese dynamische Nervenkrankheit, welche sich mehr als alle anderen Neurosen der fraglichen Art der Heilung zugänglich erweist, die besten Dienste.
Pauli (Köln).

---

540) **J. Schwalbe** (aus d. Berliner städt. allgem. Krankenhause Friedrichshain): Zur klinischen Würdigung der Sulfonalwirkung.
(Dtsche. med. Wochenschr. 1888 21. Juni.)

Verf. bestätigt die günstigen Resultate, welche Kast und Rabbas mit Sulfonal erhielten. Er wandte es bei 50 Patienten, 29 Männern, 17 Frauen und 4 Kinder an, von denen jene es in Dosen von 1—3 Grm., diese letzteren in Gaben von 0,25 nahmen und formulirt seine Erfahrungen so:

1. Das Sulfonal in reiner Form ist wegen seiner Geruch- und Geschmacklosigkeit ein angenehmes Medicament.

2. Es wirkt als ein Hypnoticum in Fällen von nervöser Schlaflosigkeit in der Dosis von 1—2 Grm. mit sehr annehmbarer Promptheit. Da wo die Agrypnie aus direkten organischen Störungen einer augenblicklich bestehenden Krankheit resultirt, ist die Wirkung mehr oder weniger unsicher.

3. Das S. alterirt weder Temperatur noch Puls noch Respiration.

4. Die subjectiven Neben- und Folgeerscheinungen des S. sind

geringfügiger Natur — erwähnt werden von Verf. Schwindel, Mattigkeit, Eingenommenheit des Kopfes, Uebelkeit, Erbrechen, Diarrhoe — und dürften im allgemeinen eine Contraindication für seine Anwendung nicht abgeben. J. Ruhemann (Berlin).

541) **Pohl** (Prag): Ueber Magenblutungen in der progressiven Paralyse. (Prager Medic. Wochenschrift 1888 Nro. 13.)

1. Ein moribund in die Prager Klinik gebrachter Paralytiker erbrach 24 Stunden vor dem Tode $^1/_3$ Liter, zwei Stunden vor dem Tode $^3/_4$ Liter theerartiges Blut. *Section* ergibt im Magenfundus zahlreiche, dichtstehende, punktförmige Ekchymosen und kleine haemorrhagische Erosionen.

2. Ein noch rüstiger Paralytiker erbrach 9 Tage vor dem Tode nach einem epileptiformen Anfall Kaffesatzähnliche Massen, blieb bis zum Tode somnolent. *Section*: Magenfundus oedematös, mit zahlreichen, flachen, schlüsselförmigen, an ihren Rändern braunpigmentirten Substanz-Verlusten versehen.

3. Ein schon verblödeter Paralytiker leidet seit 10 Jahren an gastrischen Krisen; 9 Stunden vor dem Tode speit er theils schaumige, theils geronnene Blutmassen aus. *Section:* An der hinteren Wand des Fundus zwei erbsengrosse, plattrandige Ulcera mit hämorrhagischem Grunde.

P. verzichtet auf theoretische Betrachtungen, Anätzung des Magens durch Chloralhydrat schliesst er aus. Kurella (Ahrweiler).

542) **Joseph Wiglesworth** (London): Moral insanity.
(The Lancet. 5. Mai 1888.)

Wie aus mancherlei Umständen hervorgeht, haben sich die ethischen Empfindungen, eine der höchsten und subtilsten Leistungen des Gehirns, erst allmählich im Laufe der Zeit entwickelt.

Ist diese Fähigkeit nicht oder nur mangelhaft in Folge von Heredität vorhanden oder aber von Krankheit verloren gegangen, so liegt derjenige Zustand vor, welchen man schon seit langer Zeit Moral insanity zu nennen pflegt und welcher keine oder eine nur geringe Verminderung der Intelligenz erkennen lässt.

Derselbe, selten ein Morbus sui generis, stellt vielmehr gewöhnlich, weil jene Leistungen „die letzte Errungenschaft im Fortschritt der Menschwerdung“ (Maudsley) und daher viel vulnerabler als die älteren fester organisirten sind, das erste Zeichen gewisser Psychosen, das denselben schon längere Zeit vorhergeht, dar.

Pauli (Köln).

543) **Henri Blake** (London): Two cases of partial dementia. (Zwei Fälle von partieller Demenz.) (The Lancet 28. April 1888.)

Indem B. zwei Fälle von Hebephrenie mittheilt, knüpft er daran folgende Bemerkungen:

Das Pubertätsirresein ist wie auch das moralische Irresein nichts weiter als eine Spielart des Schwachsinns.

Indess kommt es vor, dass die intellectuellen Fähigkeiten anfänglich nicht nur nicht heruntergesetzt, sondern in abnormem Grade erhöht sind.

Ist die Prognose der ersteren Form schon eine ungünstige, so ist es die der zweiten wegen ihres regelmässigen Uebergangs in Demenz noch mehr. Pauli (Köln).

---

544) **Bericht der Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf vom 1. April 1886 bis 31. März 1887.**

Bestand am 31. März 1886 (incl. Privatanstalten und Privatpflege) 2060 (1048 M. 1012 W.), Zugang bis 31. März 1887 1069 (580 M. 499 W.). Abgang 866 (498 M. 368 W.), Bestand am 31. März 1887 2273 (1130 M. 1143 W.). Davon in Dalldorf 1268 (626 M. 642 W.), in 14 Privatanstalten 971 (495 M. 476 W.), in Privatpflege 34 (9 M. 25 W.). Die tägliche Durchschnittszahl betrug in den 3 Verpflegungskategorien 195 mehr als im Vorjahr.

Entlassen wurden mehr oder weniger gebessert oder überwiesen aus Dalldorf 253 M. 211 W., aus Privatanstalten 16 M. 21 W. Entwichen sind aus Dalldorf 21 M. 2 W., aus Privatanstalten 3 M. 3 W. Gestorben sind 356 (in Dalldorf 169 M. 96 W., in Privatanstalten 56 M. 35 W.). Auf die Zahl der Verpflegten bezogen, betrug die Sterblichkeit im Ganzen 11,3%.

Die meisten Entlassenen waren soweit gebessert, dass sie Anstaltspflege entbehren konnten. Die Zahl der von der Anstalt selbst in Familienpflege untergebrachten Irren ist zum Vorjahr von 10 auf 34 gestiegen. Das langsame Anwachsen der Zahl erklärt sich durch die Vorsicht, die geboten ist, um nicht durch Fehlschlagen einzelner Fälle das System der Familienpflege in Misskredit zu bringen.

Die Zahl der Entweichungen ist absolut gross, beträgt aber im Verhältniss zum Krankenbestande, wenn man namentlich die Männer in Betracht zieht, 1,7%,

Im Dienst- und Wartepersonal fand ein starker Wechsel statt. Es schieden vom Wartepersonal 69 M. 44 W., vom Dienstpersonal 20 Personen aus.

Da das System, zur Pflege der der öffentlichen Fürsorge anheimfallenden Geisteskranken Privatanstalten heranzuziehen, grosse Bedenken hat und der Grösse und Würde der Stadt nicht entspricht, so wird der Beschluss der Kommunalbehörden, zwei neue Anstalten die eine für Geisteskranke, die andere für Epileptische bestimmt, zu errichten, mit Freuden begrüsst.

II. Irrenabtheilung.

Aufnahmen fanden 664 (338 M. 326 W.) statt, darunter 12,6% Paralytiker. Von den Aufgenommenen gehören auffallend viel, 163 M. 72 W., dem Handwerkerstande an. Die meisten der Aufgenommenen waren ledig: 310 (155 M. 155 W.). Gestorben sind 7,8%. Von den

40 Gestorbenen litten 16 (10 M. 6 W.) an Paralyse, 14 an Lungenentzündung, 6 an Phthise. Ein Selbstmord kam vor. Von den Aufgenommenen hatten 107 Personen gesetzwidrige Handlungen, meistens leichter Art begangen. Beschäftigt wurden 65,4% von den Männern. Auf der Frauen-Abtheilung ist die Zunahme der beschäftigten Patienten keine wesentliche, die Zahl der bettlägerigen und namentlich der sehr unruhigen war auch in diesem Jahre eine sehr erhebliche.

III. Abtheilung für sieche Irre und Epileptische.

Im Durchschnitt waren täglich in der Abtheilung 399,1 (196,4 M. 207,7 W.) sieche Irre und 251,0 (125, 1M. 125,9 W.) Epileptische. — Bestand 647 (324 M. 323 W.), Zugang 488 (269 M. 219 W.), Abgang 476 (271 M. 205 W.). Davon schieden aus durch Tod 224 (144 M. 80 W.). Die Todesursache war unter anderen bei 54 Lungenentzündung, bei 35 Lungenödem, bei 29 Marasmus, 15 Hirn- und Hirnhaut-Blutung, 11 Lungenschwindsucht, 10 Herzverfettung. — Von den neu aufgenommenen Kranken litten 50% an Paralyse.

IV. Die Idioten-Anstalt ist überfüllt, und ist beschlossen, einen Erweiterungsbau für 60 Zöglinge auszuführen. Bestand 133 (95 M. 38 W.), Zugang 54 (32 M. 22 W.). Abgang durch Entlassung 27 (18 M. 9 W.), durch Tod 4 (2 M. 2 W.).

Neuendorff (Bernburg).

---

545) **A. Pick**: Befund und Gutachten über den der Brandlegung angeklagten 18j. L. Fr. (S. A. der Prager med. Wochenschrift Nro. 50.)

Es handelt sich um einen hereditär belasteten schwachsinnigen, an epileptischen Zuständen leidenden Menschen, der die angeschuldigte That unter dem Zwange eines krankhaften Impulses vollführt hat. Eine gewisse Ueberlegung und Schlauheit in der Ausführung der That, Dissimulation und Leugnen bei den Verhören liessen die Rathskammer die Zurechnungsfähigkeit aufrecht erhalten, doch schloss sich die Staatsanwaltschaft selbst der Vertheidigung an und verlangte ein ärztliches Gutachten, das nach der klinischen Beobachtung im obigen Sinne ausfiel.

Neuendorff (Bernburg).

IV. Aus den Vereinen.

I. Clinical Society of London.

Sitzung vom 25. Mai 1888. (The Brit. medical. journal Juni 2. 1888.)

546) **Ord** theilt als Vorsitzender der Myxoedem-Commission die Schlussergebnisse der über diese Krankheit angestellten statistischen Erhebungen mit. Dieselben lauten etwas zusammengefasst wie folgt.

1. Myxoedem ist ein wohlumgrenztes Krankheitsbild.

2. Frauen werden häufiger betroffen als Männer. Am meisten ausgesetzt erscheint das mittlere Lebensalter.

3. Sämmtlichen Fällen gemeinsam ist ein destructiver Process der Schilddrüse.

4. Die gewöhnlichste Form desselben besteht in Ersatz der Drüsensubstanz durch ein zartes Bindegewebe.

5. Sehr häufig combiniren sich damit interstitielle Wucherungen in der Haut, seltener in den Eingeweiden, welche auf entzündlichen Vorgängen zu beruhen scheinen.

6. Verlust der Haare und der Zähne sowie vermehrter Körperumfang sind von Veränderungen dieser Art abhängig.

Die dem Krankheitsbilde gleichfalls eigenthümlichen Affectionen der Sprache, des Bewegungs- und Gefühlsvermögens, des Bewusstseins und der Intelligenz entbehren zur Zeit noch einer pathologisch-anatomischen Grundlage.

7. Ein Ueberschuss von Mucin liess sich in den dort zur Beotung gekommenen wenigen Fällen nicht nachweisen.

8. Nach vollständiger Exstirpation der Schilddrüse bei Thieren, namentlich Affen, mit sorgfältiger Schonung der Nachbargebilde wurde ein ganz ähnlicher Syptomencomplex beobachtet.

9. In diesen Fällen wurde excessiver Mucingehalt in der Haut, fibrösen Gewerben, Blut und den Speicheldrüsen beobachtet, namentlich in der von Mucin sonst freien Parotis.

10. In einer beträchtlichen Anzahl der Fälle von Exstirpation der Schilddrüse beim Menschen entwickelt sich in der Folge ein Krankheitsbild, welches mit dem Myxoedem im Wesentlichen übereinstimmt.

11. Die allerdings zahlreichen Ausnahmen von dieser Regel sind wohl durch nachträgliche Entwicklung nicht entfernter Drüsenreste oder accessorischer Schilddrüsen bezw. durch zu kurze Beobachtung zu erklären.

12. Die sogen. Cachexia strumipriva ist lediglich auf Verlust der Schilddrüsenfunction zurückzuführen, nicht auf gleichzeitige Verletzung benachbarter Organe bzw. Nerven. Das Fehlen der ganzen Drüse ist hier von demselben Effecte wie beim Myxoedem der Untergang des Drüsenparenchyms.

13. Diese operative Form des Myxoedems kommt bei beiden Geschlechtern in gleicher Häufigkeit vor.

14. Das Myxoedem (der Erwachsenen) ist im wesentlichen dieselbe Krankheit wie der sporadische Kretinismus (bei Kindern).

Myxoedem ist wahrscheinlich identisch mit Cachexia strumipriva; Myxoedem ist endlich sehr nahe verwandt mit dem endemischen Kretinismus.

15. Die Aetiologie der ganzen Krankheit ist bis jetzt dunkel.

Nagel (Halle a. d. S.).

II. Royal medical and chirurgical society.

Sitzung vom 12. Juni 1888. (The Brit. medical journal Juni 16. 1888.)

547) **Sangster** und **Mott** theilen einen Fall von *Pemphiguseruptionen mit Veränderungen der peripherischen Nerven* mit.

Das bullöse Exanthem war in ziemlich symmetrischer Vertheilung über einen grossen Theil des Rumpfes und der Extremitäten verbreitet. Der Urin war spärlich und enthielt reichlich Eiweiss. Der Tod erfolgte nach 19 Tagen unter urämischen Erscheinungen.

Die Nieren befanden sich im Zustande vorgeschrittener Granularatrophie.

Die mikroskop. Untersuchung von Theilen des Cutaneus externus, der Spinalganglien und der hinteren Wurzeln nach vorheriger Härtung ergab parenchymatöse Degeneration der Nervenfasern.

In der Discussion wurden einige ähnliche Fälle beigebracht. Mehrere derselben gingen mit unstillbarer Diarrhöe einher, welche sich p. m. durch multiple Darmulcerationen bedingt erwies. Mott schlägt für die Affection den Namen Pemphigus neuriticus vor.

548) **Gowers** und **Horsley** über einen *Fall von Rückenmarkstumor geheilt durch operative Entfernung.*

Pat., ein 47 jähriger Mann, litt seit 3 Jahren an zunehmenden Rückenschmerzen entsprechend dem unteren Theile der Scapulae. Die Diagnose verschiedener zugezogener Aerzte schwankte zwischen Aneurysma, Neuralgie und Hypochondrie, letzteres mit Rücksicht auf die grosse Reizbarkeit des Pat., welche in Wahrheit nur eine Folge der immer unerträglicher werdenden Schmerzen war.

Endlich stellte sich Paraplegie der Unterextremitäten mit spastischen Symptomen und eine bis zum Bereiche des 6. oder 7. Dorsalnerven heraufreichende Anaesthesie ein, welche oben durch eine hochgradig hyperästhetische Zone abgeschlossen wurde; dazu Blasenlähmung und beginnende Cystitis. Syphilis konnte mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

Die Diagnose wurde von G. auf einen intraduralen, die Medulla comprimirenden Tumor gestellt, dessen Entfernung von H. unternommen und erfolgreich durchgeführt wurde.

Ueber Grösse, Sitz und Ausgang der Geschwulst, sowie über die Methode der Operation werden genauere Angaben wegen Zeitmangel nicht gemacht, der Tumor wird als Myxom bezeichnet.

Die Heilung erfolgte durch prima intent., im Anschlusse daran vollständige Genesung.

Das Abfliessen grosser Mengen von Cerebrospinalflüssigkeit erklärt H, für unbedenklich, so lange es gelingt, der allerdings grossen Gefahr der Sepsis wirksam zu begegnen.

Nagel (Halle a. d. S.).

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig. Druck von **Philipp Werle** in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. 1. August 1888. Nro. 15.

Inhalt.

I. Originalien. I. Ueber eine eigenthümliche Art von Mitbewegung des paretischen oberen Lides bei einseitiger congenitaler Ptosis. Von Dr. **M. Bernhardt** in Berlin. II. Ueber die Fasersysteme im Fuss des Grosshirnschenkels und Degeneration derselben. Von Dr. **Sioli**, Direktor der Provinzial-Irren-Anstalt zu Bunzlau i. Schles.

II. Original-Vereinsberichte. I. XLII. **Versammlung ostdeutscher Irrenärzte in Bunzlau am 1. Juli 1888. Petersau-Borstel:** Ueber späte Feldzugsparalysen. **Wernicke**. Die Irren-Versorgung der Stadt Breslau. **II. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Mendel**: Ueber Chorea mit eigenthümlichen Complicationen. **Westphal**: Ueber einen Befund der Augenmuskeln bei Ophthalmoplegie. **Benda**: Ueber ein neues Härtungsverfahren des Centralnervensystems mit Demonstrationen. **Gluck** (als Gast) u. **Bernhardt**: Krankenvorstellung: Ein durch secundäre Nervennaht (suture à distance) geheilter Fall traumatischer Radialislähmung. **III. Berliner Medicinische Gesellschaft. Uhthoff:** Fall von linksseitiger Ptosis. **Mendel**: Fall von springender Facialiscontractur bei einer Hysterica.

III. Referate und Kritiken. **Unverricht**: Experimentelle Untersuchungen über die Innervation der Athembewegungen. **Cavazzani**: Zur Lehre von der Regeneration und prima intentio nervorum. **Jelgersma**: Eine Varietät im Verlauf der fibrae arciformes externae. Fall von mangelhafter Entwicklung des rechten Kleinhirnlappens, verbunden mit Verringerung der gekreuzten Hirnhemisphäre. **Arndt**: Verschwärungs- und Wucherungsvorgänge nach Nervendurchschneidung. Blutung in das verlängerte Mark, Genesung. **Westphal**: Ueber multiple Sclerose bei zwei Knaben. **Schütz**: Casuistischer Beitrag zur Aphasie und Paraphasie. **v. Bergmann**: Die chirurgische Behandlung von Gehirnkrankheiten. **Little**: Behandlung der Migräne. **v. Krafft-Ebing**: Gehirnverletzung mit bleibender Schwächung der Sprache (Aphasie) und des Geistes. Gutachten. **v. Krafft-Ebing**: Gefährliche Drohungen, begangen in einem Zustande krankhafter Bewusstlosigkeit auf hysterisch-epileptischer Grundlage.

IV. Feuilleton. Geisteskrankheit und bürgerliches Recht.

I. Originalien.

I.

Ueber eine eigenthümliche Art von Mitbewegung des paretischen oberen Lides bei einseitiger congenitaler Ptosis.

Von Prof. Dr. M. BERNHARDT in Berlin.

In der 7. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft zu Heidelberg am 14., 15. und 16. September 1887 berichtete F. Helfreich über eine Bewegungsanomalie des oberen Lides in einer Mit-

theilung, welche auch als Sonder-Abdruck aus der Festschrift für A. von Köllicker (Leipzig bei W. Engelmann 1887) unter dem Titel: *Eine besondere Form der Lidbewegung* erschienen ist. Diese Arbeit, deren wesentlicher Inhalt sogleich reproducirt werden wird, erinnerte mich an eine von mir im September 1885 gemachte und schon damals als merkwürdig notirte Beobachtung, welche ich nun als einen kleinen Beitrag zu vorliegender Frage kurz veröffentliche. Es handelte sich in meinem Falle um einen damals 7 jährigen Knaben Curt K . . . . ., den mir die Mutter folgender an ihm wahrzunehmender abnormer Erscheinungen wegen zuführte. —

Seit der Geburt besteht bei dem sonst körperlich wie geistig seinem Alter entsprechend entwickelten Knaben ein Herabhängen des linken oberen Lides. Obgleich es aktiv ein wenig gehoben werden kann, erscheint doch das ganze linke Auge kleiner und mehr in die Augenhöhle zurückgesunken, als das rechte: jedenfalls ist die linke Lidspalte schmäler, als die rechte. Vasomotorische Erscheinungen oder sonstige auf eine Betheiligung des Sympathicus deutende Symptome bestanden nicht: die Pupillen waren beide weit, gleich, auf Lichtreiz gut reagirend. Die Augenbewegungen, auch die nach oben, sind nach allen Richtungen hin frei, eine Lähmung der den Bulbus bewegenden oder der Akkommodations- oder Irismuskeln ist nicht vorhanden. Keine Doppelbilder.

Die Facialisbewegungen kommen rechts und links in gleicher Weise normal zu Stande. Isst nun der Knabe, macht er Kaubewegungen, so hebt sich das herabhängende linke obere Lid gleichzeitig mit den Contraktionen der Kaumuskeln, während am rechten Auge, sowie überhaupt sonst an der rechten wie linken Gesichtshälfte Alles ruhig bleibt. Die beiden Lider sind am äusseren linken Augenwinkel miteinander verwachsen. —

Dies das Thatsächliche meiner Beobachtung, welche sich eng an die von Helfreich mitgetheilten Krankheitsfälle anschliesst. —

H. fand bei 2 im Alter von 17 resp. 14 Jahren stehenden Mädchen (ob dieselben Geschwister oder sonst verwandt gewesen, ist aus der Mittheilung nicht zu ersehen) auf je einem Auge einen mässigen Grad von abnormer Senkung (Ptosis) des oberen Lides vor. So oft nun die Patientinnen den Mund etwas weiter öffneten, trat eine energische Hebung des Oberlides ein, der beim Schliessen des Mundes wieder ein Herabsinken folgte. An dem oberen Augenlide der anderen Seite war dabei nicht die geringste Bewegung zu erkennen. Am deutlichsten war, jedenfalls in Folge der hier veranlassten besonders ausgiebigen Bewegungen des Unterkiefers, die Erscheinung während des Kauens wahrzunehmen. — Bei der 17 jährigen Patientin, welche den stärkeren Grad der Ptosis darbot, war der gleichseitige m. rectus superior in erheblichem Grade insufficient, so dass das Auge selbst nur wenig nach aufwärts gerichtet werden konnte und bei mechanischem Emporziehen des Lides bald Doppelbilder in dieser Richtung des Blickfeldes hervortraten. Liess man die Kranke unter stärkster Anspannung des m. epicranius nach aufwärts sehen, so wurde das betreffende Oberlid so weit gehoben, dass der Lidrand bei enger Pupille gerade den oberen

Rand der letzteren abschnitt. Oeffnete nun die Patientin den Mund, so wurde mit einer raschen und energischen Bewegung, gewissermassen ruckweise, das Oberlid noch 1,5—2 mm. weiter als vorher emporgezogen: Ferner ist mit Rücksicht auf die von Gunn (vgl. weiter unten) gemachte Angabe hervorzuheben, dass die beschriebene Erscheinung der Lidbewegung bei der Drehung des Kopfes nach rechts oder links gar keine Beeinflussung hinsichtlich ihres Grades erfuhr.

Was das übrige Verhalten der Augen betrifft, so fand sich in dem einen Falle auf dem mit der Anomalie behafteten Auge die centrale Sehschärfe auf 1/3 des normalen Werthes herabgesetzt. Im Uebrigen boten die Augen und ihre Schutzorgane kein Merkmal, welches besondere Erwähnung verdiente. Die Anomalie betraf einmal das linke und einmal das rechte Auge.

In dem Faktum, dass, wie Helfreich es in der Einleitung zu seiner Publikation ausspricht, bezüglich des zu behandelnden Problems in der Literatur keine weiteren Angaben bisher vorliegen, als eine ganz kurze, nur das Thatsächliche streifende Notiz Gunn's über eine ähnliche Beobachtung, finde ich die Entschuldigung dafür, dass auch ich die thatsächliche Mittheilung Helfreich's zunächst wörtlich angeführt habe und des weiteren jetzt die von Helfreich selbst nur in Bezug auf den Titel erwähnte Angabe Gunn's in wortgetreuer Uebersetzung folgen lasse. —

In der ophthalmologischen Gesellschaft des vereinigten Königreichs stellte Gunn (Lancet Nro. 3. Vol. II. 1883) ein 15jähriges Mädchen vor, das eine congenitale Senkung des linken oberen Lides (bei contrahirter Pupille auf der entsprechenden Seite) zeigte und bei dem das gesenkte Lid jedesmal aber auch nur dann gehoben wurde, wenn der entsprechende m. pteryg. extern. den Unterkiefer in Bewegung setzte. In der Diskussion wies Dr. Cholmeley darauf hin, dass das Lid factisch nur dann emporgehoben wurde, wenn das Kinn nach rechts gedreht wurde. Der Vorsitzende (Bowman) meinte, dass wenn das äussere Aussehen des Mädchens verbessert werden sollte, es vielleicht sich empfehlen würde, den äusseren Lidwinkel des anderen Auges ein wenig zu verengen (to close). Zu Berichterstattern über diesen Fall (von Gunn als congenital ptosis vorgestellt) wurden die Herren Gowers, S. Mackenzie, Abercrombie, Lang ernannt. Es ist mir aber nicht gelungen etwas Weiteres über die Meinungsäusserungen dieser Herren aufzufinden. —

In ausführlicher Weise dagegen hat Helfreich versucht, sich über den hier stattfindenden Vorgang und die etwa vorliegenden (abnormen) anatomischen Verhältnisse Klarheit zu verschaffen.

Es hiesse für die kleine thatsächliche Mittheilung wie ich sie bringen konnte den Raum weit überschreiten, wollte ich den Gedankengang Helfreich's ausführlich mittheilen, genug, dass H. zu einem Resultate kommt, das ich sofort wiedergeben werde und dem ich mich, *wenn auch mit einigen Modifikationen*, wie man sehen wird, anschliesse.

H. verwirft was die Hebung des Lides betrifft zunächst einen *Reiz*zustand des N. sympathicus. Eher könnte man in der That, meine ich, den Gunn'schen Fall in Betracht ziehend an einen vielleicht dauernd vorhandenen *Lähmungszustand* des Halssympathicus denken, da ja für das Auge mit dem paretisch herabhängenden oberen Lide

eine *verengte* Pupille ausdrücklich beschrieben und hervorgehoben wird. Indessen werden weder für meine noch für die Helfreich'schen Beobachtungen Pupillenungleichheiten oder dauernde Verengerung der Pupille des betroffenen Auges gefunden, so dass also dieser Gedanke hinfällig wird.

Wenn Hirschberg in einer Anmerkung zu dem Referat über den Helfreich'schen Vortrag in seinem Centralblatt (1887, October S. 246) sagt: „Bei angeborener einseitiger Lidsenkung tritt während „des Kauens ein stärkeres Klaffen der befallenen Lidspalte ein", so ist dies eine thatsächliche Mittheilung, die der erfahrene Ophthalmologe wohl mehr als ich zu machen berechtigt ist, aber keine *Erklärung* des Vorgangs selber.

Ich glaube, dass man vielmehr bis zu einem gewissen Punkte hin den Ausführungen Helfreich's wird folgen müssen, der da „an-„nimmt, dass in den vorliegenden Fällen der musculus levator palpe-„brae superioris unter dem Einflusse zweier ganz verschiedener Inner-„vationsgebiete steht: einmal unter dem des n. oculomotorius, sodann „(nach Helfreich) unter dem des n. facialis und trigeminus". Aber entgegen der Annahme von Helfreich, der den n. facialis, als den hinteren Bauch des m. digastricus versorgend, hierbei eine gewisse Rolle spielen lässt, möchte ich selbst den *Hauptnachdruck* auf den nervus *trigeminus* legen, welcher, wie ja auch Helfreich angiebt, den vorderen Bauch des m. digastricus durch seinen n. mylohyoideus innervirt. Nun zieht ja freilich der m. digastricus auch die Unterkinnlade herab, aber er thut es nicht *allein:* diejenigen Muskeln, die ihn dabei wesentlich unterstützen, der m. mylohyoideus, der m. geniohyoideus werden vom n. trigeminus bezw. hypoglossus innervirt, und wenn wir lesen (bei *allen* Autoren, die bisher über diese Erscheinung berichteten), dass das Phänomen ganz besonders deutlich beim *Kauen* oder beim in Thätigkeittreten von Kaumuskeln bemerkbar wurde, so fällt der Antheil, den die Innervation des n. facialis für unser Symptom der Mitbewegung des paretischen oberen Lides hat, kaum in die Wagschale. — Wenn Helfreich in der Erwähnung der Gunn'schen Angabe berichtet, dass die von ihm selbst beobachtete und beschriebene Erscheinung der Lidbewegung in seinen Fällen bei Drehung des *Kopfes* nach rechts oder links gar keine Beeinflussung hinsichtlich ihres Grades erfuhr, so liegt hier insofern ein nicht genaues Citat vor, als Gunn selbst gar nicht von *Drehungen des Kopfes* etc. spricht, sondern von der *Contraktion des m. pterygoideus externus.* Nur Cholmeley wies in der Diskussion darauf hin, dass das Lid faktisch nur dann sich hob (es war das *linke* obere Lied), wenn das *Kinn* (*nicht* der Kopf) nach rechts gedreht wurde: und diese Bewegung des Kiefers wird eben von den m. m. pterygoideis besorgt, welche wieder, ebenso wie die übrigen **Kau**muskeln, der m. temporalis, der m. masseter vom n. trigeminus ihre Innervation empfangen.

Vollkommen einverstanden hingegen bin ich mit Helfreich zunächst darüber, dass in den vorliegenden Fällen der Kern des n. oculomotorius mangelhaft entwickelt sei. Helfreich spricht es nicht

direkt aus, ob die Anomalie in seinen Fällen congenital gewesen oder nicht: in dem Gunn'schen und in meinem Falle war es so. Während nun im Falle H.'s bei der einen Patientin auch der m. rectus superior des befallenen Auges in erheblichem Grade insufficient war, bestand davon in dem meinigen zwar nichts (Augenbewegungen nach allen Richtungen frei, keine Doppelbilder), wohl aber bestand (ebenfalls angeboren) eine Art epicanthus externus, eine Bildungsanomalie, die sich wie die viel häufiger vorkommenden Fälle von epicanthus internus mit Beschränkung der Bulbusbeweglichkeit nach oben, leichter Ptosis etc. verbindet. (Reuss-Eulenburg Realencyclopaedie 1886. Bd. 6.) Ich erinnere hier speciell an die Mittheilung Hirschberg's „Ueber den Zusammenhang zwischen Epicanthus und Ophthalmoplegie", welcher bei einem Krankenpaar (Vater und Sohn) eine hereditäre, nucleare, angeborene Lähmung (Aplasie der Centren) nachwies. (Neurol. Centrbl. 1885. S. 294.)

Bei dem 9 monatlichen Knaben fehlten in funktioneller Hinsicht beiderseits die Kerne des m. rectus superior und Lev. palpebr. superior (wie im Helfreich'schen Falle), bei dem Manne noch alle übrigen (ausser den für die interioren Muskeln der Iris und des Tensor) und ferner auch die am Boden des 4. Ventrikels gelegenen Abducenskerne, während die Trochleariskerne wenigstens partiell erhalten waren. — Bei dem Knaben nun bestand paralytischer Epicanthus internus: gerade das hereditäre Verhältniss zwischen Ophthalmoplegie und Epicanthus wird von H. besonders hervorgehoben.

Bedenkt man also, dass in den hier in Rede stehenden Fällen der Oculomotoriuskern einseitig mangelhaft entwickelt sein kann und dass dies speciell für denjenigen Antheil des Ursprungsgebiets dieses Nerven gilt, aus dem die Fasern für den Levator palpebrae superioris und den rectus superior hervorgehen, bedenkt man weiter, dass nach den physiologischen Versuchen von Hensen und Völker's der vorderste Antheil des Oculomotoriuskernes für die die Accomodation und die Irisbewegungen vermittelnden Fasern bestimmt ist, dann die Abschnitte für den rectus internus folgen, weiter hinten (freilich *vor* den den rectus inferior und obliquus inferior mit Fasern versorgenden Kernantheilen) diejenigen Abschnitte, welche die Inervation des rectus superior und Levator palpebrae sup. beherrschen, bedenkt man schliesslich, dass ein nicht unbedeutender Faserantheil der motorischen Trigeminuswurzel aus Ganglienzellen in der Umgebung des Aquaeductus Sylvii dicht *über* dem *Oculomotorius*kern hervorgeht, so ist es nicht allzuschwer zuzugeben, dass neben einseitiger mangelhafter (congenitaler) Ausbildung eines Abschnittes des Oculomotoriuskernes eine ebenfalls ungewöhnliche, auf congenitale Verhältnisse zurückzuführende, vicariirende Versorgung dieser in Bezug auf ihr Ursprungsgebiet und ihre normale Fasermenge stiefmütterlich bedachten Nervenäste des Oculomotorius durch den so nahe benachbarten motorischen Trigeminuskern und seine Fasern statthabe. In diesem Sinne den Helfreich'schen Ausführungen beistimmend, erinnere ich zum Schluss an die schon mehrfach und neuerdings auch von mir (Arch. f. Psychiatrie Bd. XIX.

Heft 2. Februar 1888), in meiner Arbeit „Beiträge zur Lehre von den basalen und nucleären Augenmuskellähmungen“ beschriebene Erscheinung (vgl. besonders Fall B. und C.), dass neben nuclearer Lähmung des levator palpebrae superioris und des rectus superior eine entschiedene Betheilung auch des motorischen benachbarten Trigeminuskernes (*Erschwerung* des *Kauens* und abnorm leichte Ermüdbarkeit dabei) beobachtet und hervorgehoben worden ist. Auch hier also wieder sehen wir ausserhalb congenitaler Verhältnisse ein gewisses Zusammengehören der Kernantheile für den levator palpebrae superioris und den rectus superior mit dem Ursprungsgebiet des motorischen Trigeminusastes für pathologische Verhältnisse bestehen.

Von den 4 Individuen, bei denen das besprochene Phänomen beobachtet wurde, waren 3 Mädchen im Alter von 15, 17 und 14 Jahren, eines ein Knabe von 7 Jahren. — Zweimal (im Gunn'schen und meinem Fall) ist das Bestehen der Erscheinung von Geburt an ausdrücklich hervorgehoben; linksseitig bestand die Störung dreimal: im Gunn'schen, einmal im Helfreich'schen und meinem Falle, rechtsseitig einmal bei einem der Helfreich'schen Fälle. —

Diese kleine Mitheilung hatte ich eben abgeschlossen, als mir noch eine Arbeit E. Adamük's: (Ueber eine merkwürdige Motilitäts-Anomalie der Lider und Augen.) (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Mai 1888) zu Gesicht kam, in welcher derselbe von einer 40 jährigen Nonne berichtet, bei der mit jeder Kieferbewegung beim Kauen sich die Augenlider stark aufwärts hoben und zurückzogen, während die Augen immer mehr hervor traten. Nach Einstellen des Kauens gingen die Augen nach und nach in ihre normale Lage zurück, so dass keine Spur ihres Hervorstehens, ebenso wie der Retraktion der Lider, zurückblieb: auch sonst boten die Augen der Pat. nichts von der Norm Abweichendes dar. Indem ich die Erklärung Adamük's, der die beschriebene Erscheinung als das Resultat einer venösen Stase ansieht (bedingt durch eigenthümliche Verhältnisse der der Augenhöhle entstammenden venösen Gefässe zu den Kaumuskeln) auf sich beruhen lasse, betone ich hier nur, dass mir die eben mitgetheilte Beobachtung des russischen Ophthalmologen nur mehr ihrem äusseren Ansehen nach eine immer auch nur sehr entfernte Aehnlichkeit mit *den* Dingen zu haben scheint, die wir hier besprochen haben: ich glaube nicht nöthig zu haben, dies hier ausführlich zu begründen, da es sich aus einem selbst flüchtigen Vergleich der von Gunn, Helfreich und mir mitgetheilten Thatsachen mit seiner Mittheilung sofort klar ergiebt.

II.

Ueber die Fasersysteme im Fuss des Grosshirnschenkels und Degeneration derselben.

Von Dr. SIOLI,
Director der Provinzial-Irren-Anstalt zu Bunzlau i./Schles.

Die Auflösung der compacten Nervenfasermassen im Fuss der Grosshirnschenkel in verschiedene Systeme ist mit der gewöhnlichen

anatomischen Methode überhaupt nicht möglich. Einigen Aufschluss über die verschiedenen im Fuss enthaltenen Bahnen hat die von Flechsig entwickelte embryologische Forschung gebracht, der meiste Erfolg dürfte von pathologischen Präparaten, Degeneration einzelner Stränge, die nach aufwärts bis zur Grosshirnrinde zu verfolgen sind, zu erwarten sein.

Nach Wernicke zerfällt der Hirnschenkelfuss in drei Abtheilungen: Die innerste, mediale geht in den vorderen Schenkel der inneren Kapsel zwischen Schweifkern und Linsenkern über; ihr weiterer Verlauf ist unbekannt; die mittlere geht in den hinteren Schenkel der inneren Kapsel, zwischen Sehhügel und Linsenkern über; dies mittlere Drittel entspricht der Pyramidenfaserung, den direct von der Grosshirnrinde in der Gegend der Centralwindungen zu den Vorder- resp. Seitensträngen des Rückenmarks verlaufenden Bahnen. Das äussere laterale Drittel enthält die zwischen der hinteren Kante des Linsenkerns und dem Schweifkernschwanz hindurch passirenden Fasern, die unter dem Pulvinar des Sehhügels durch zum Stabkranz des Schläfen- und Occipitallappens verlaufen.

Mittelst neuerer Forschungen hat Flechsig einige weitere Einsicht in den Verlauf der Fasermassen des Hirnschenkelfusses vermittelt. Die mediale Abtheilung zerfällt nach ihm in zwei Theile, von denen der eine dorsalwärts über dem anderen liegt. Diese beiden Felder enthalten Fasern, welche theils aus dem Mark der Stirnlappen, theils aus dem Schwanzkern kommen. Zwischen ihnen und der Pyramidenbahn liegt eine weitere Bahn, die zu Windungen weiter nach vorn von den Centralwindungen verläuft. Die laterale Bahn verläuft möglicherweise in den Hinterhaupts- und Schläfenlappen, vielleicht auch nur in den Schläfenlappen. Auch nach ihm dürfte die pathologisch-anatomische Forschung Genaueres über den Verlauf dieser Bündel, die nicht alle embryologisch genau getrennt sind, ergeben. Früher waren nur Degenerationen der Pyramydenbahn bekannt. Erst in neuerer Zeit wurden von Rossolymo und Bechterew Degenerationen des lateralen Bündels beobachtet.

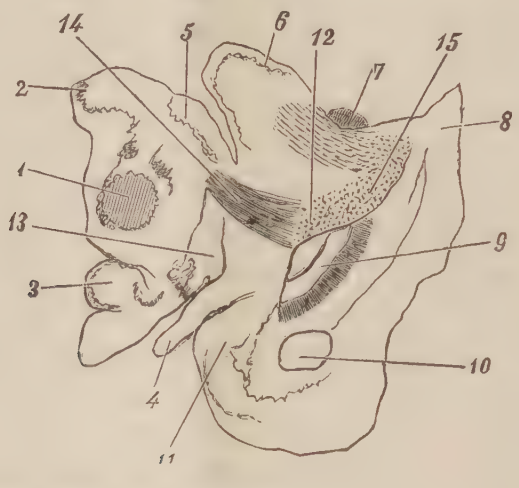
Bechterew beschreibt einen Fall, in dem bei Erweichung des linken Hinterhaupts- und Schläfenlappens das äussere Viertel des linken Hirnschenkelfusses degenerirt ist, während die Pyramidenbahn intact ist. In dem andern eines zweieinhalbjährigen Kindes, bei dem nur Schläfenlappen und ein Theil des Hinterhauptlappens erhalten ist, war nur der laterale Theil des Hirnschenkelfusses angeblich gänzlich erhalten.

Ein Fall, der ein weiteres Licht auf die laterale Bahn wirft, ist folgender.

Ein dreiundvierzigjähriger Mann, allmählich unter apoplectiformen Erscheinungen erkrankt, zeigt zuletzt völlige Blindheit und Taubheit, völlige linksseitige Lähmung, ungestörte Sensibilität und Sprache. Die Section ergab beiderseitige hämorrhagische Pachymeningitis und umfangreiche Erweichung der rechten Grosshirnhemisphäre, die zunächst die Centralwindungen, die Insel, und die Umgebung der fossa Sylvii zu umfassen schien.

Nach Herausschälen des Stammes und Härten des Gehirns zeigt sich jedoch, dass die Erweichung bis ins Marklager der Hemisphäre geht, und dass die gesammten Einstrahlungen des Stirn- und Scheitellappens in den Stamm degenerirt sind, während Hinterhaupts- und Schläfenlappen grösstentheils erhalten sind.

Am Stamm zeigt sich der rechte Sehhügel kaum halb so gross, wie der linke, geschrumpft und höckrig, der Streifenhügel wenig atrophirt.



1. Rother Kern der Haube.
2. Vorderer Vierhügel.
3. Corpus mammillare.
4. Atrophischer Opticus.
5. Corpus geniculatum externum.
6. Pulvinar.
7. Schweifkern, degenerirt.
8. Schnittfläche des abgeschnittenen Scheitellappens.
9. Linsenkern mit drei Gliedern.
10. Vordere Commissur.
11. Fuss des Schwanzkerns.
12. Dreieckiges Markfeld Wernicke's.
13. Fuss des Hirnschenkels.
14. Schläfenlappenbündel in den lateralen Theil des Hirnschenkelfusses einstrahlend.
15. Scheitellappenbündel, degenerirt, geht ebenfalls in den lateralen Theil des Hirnschenkelfusses.

Auf Schnitten, (serienweise angefertigt, grösstentheils mit Weigert's Hämotoxylinmethode behandelt), ist am Rückenmark die linke P. S. und rechte P. V. völlig atrophisch, ausserdem eine leichtere Degeneration der Goll'schen Hinterstränge in der Brücke Degeneration der ganzen rechten Pyramidenbahn. Sobald der rechte Hirnschenkel aus dem oberen Rand der Brücke hervortritt, erscheint er völlig geschrumpft, auf Schnitten sieht man den mittleren Theil, der über einhalb des ganzen Querschnittes beträgt, völlig atrophisch, ohne Spuren einer Nervenfaser, nur im medialen Theil ist ein kleines Bündel, im lateralen ein grösseres theilweise erhalten, doch so, dass die Fasern viel dünner als normal sind und weit von einander stehen. An der Haube sind keine Abnormitäten merkbar. Weiter herauf finden sich Einstrahlungen vom Hinterhauptlappen in das enorm geschrumpfte pulvinar des Sehhügels und dicht vor dem Hinterhauptslappen ein

unter dem pulvinar senkrecht nach oben einstrahlendes, zwischen hinterem Rand des Linsenkernes und Fuss des Schweifkernes gelegenes starkes Nervenbündel, das aus dem Schläfenlappen nach oben strebt. Auf weiteren Schnitten nach vorn legt sich aussen und vorn an dasselbe die Einstrahlung aus den Schläfenlappen an, die zur vorderen Commissur geht, bleibt aber dann durch das hintere Ende des Linsenkerns von ihm geschieden, da das genannte Bündel einwärts vom Linsenkern allmählich nach vorn oben streicht. Dasselbe geht aussen vom corpus geniculatum externum, (hier völlig degenerirt) nach oben in das „dreieckige Markfeld" Wernicke's über und zieht von hier über allen zum tractus opticus gehörigen Kernen in starkem Schwung nach innen in den lateralen Theil des Hirnschenkelfusses, wo es in das hier erhaltene laterale Bündel übergeht. mit dem es identisch ist; es macht deshalb den Gang einer grossen Schleife durch, der Bogen dieser Schleife ist auf einer Reihe von Schnitten sehr instructiv getroffen. Das laterale Bündel im Hirnschenkelfuss ist aber atrophischer als jenes aus dem Sehläfenlappen aufsteigende Bündel; dies rührt daher, dass sich, wie auf den Schnitten deutlich ersichtlich, im dreieckigen Markfeld ein zweites, hier atrophisches Bündel beimischt, dessen Fasern zwischen denen des ersten von unten kommenden Bündels sich mischen und gleichfalls in den lateralen Abschnitt des Hirnschenkelfusses übergehen. Diese Einstrahlung aus den Scheitellappen kommt aus Rindentheilen, die hinter denen liegen, von denen die gleichfalls atrophische Pyramiden-Bahn kommt.

Es ist noch bemerkenswerth, dass der ganze Sehhügel infolge Atrophie seiner Einstrahlungen aus der Hemisphäre atrophisch ist, dass dagegen der Linsenkern, der keine Einstrahlungen aus der Rinde erhält, bis auf eine selbstständige Erkrankung intact ist. Demnach enthält der laterale Theil des Hirnschenkelfusses Bündel aus dem Schläfenlappen, und aus den hinter den Centralwindungen gelegenen Theilen des Scheitellappens, die sich im dreieckigen Markfeld, innen vom Linsenkern vereinigen, um gemeinsam in den Hirnschenkelfuss hinüber zu ziehen. Der Hinterhauptslappen schickt keine Bündel direkt in den Hirnschenkelfuss, sondern nur zum pulvinar des Sehhügels und zu den Ganglien des tractus opticus. —

II. Original-Vereinsberichte.

I. XLII. Versammlung ostdeutscher Irrenärzte in Bunzlau am 1. Juli 1888.

Von Dr. Leppmann in Breslau.

549) **Petersau-Borstel**: *Ueber späte Feldzugsparalysen.*

Vortr. schildert drei in der Prov.-Irren-Anstalt Bunzlau beobachtete Fälle von classischer Paralyse, in welchen die Krankheit erst 9—13 resp. 15 Jahre nach dem letzten Feldzug zum Ausbruch kam und doch ätiologisch mit demselben in Zusammenhang gebracht werden

musste, da andere ursächliche Momente, namentlich Syphilis auszuschliessen waren, und unmittelbar nach der Rückkehr aus dem Feldzuge bei den Befallenen eine Reihe von charakteristischen geistigen und körperlichen Prodromalerscheinungen wie Veränderungen der Gemüthslage nach der Seite der Exaltation oder der der Depression hin, Willensschwäche, Nachlassen der Leistungsfähigkeit, Kopfschmerzen und rheumatische Beschwerden auftraten.

Unter solchen Umständen konnten die in zweien dieser Fälle auf Grund von Gnadengesuchen erforderten Gutachten über den Zusammenhang der Krankheit mit den Kriegsstrapatzen zu positiven Resultaten gelangen. Der eine Kranke erlangte dadurch ein Gnadengehalt. Ueber das Schicksal des anderen Gutachtens fehlt, da der Kranke starb, und die Anstalt mit der Familie nicht mehr in Berührung kam, jede Nachricht.

Vortr. sieht in diesen Fällen, in welchen die Krankheit erheblich später zum Ausbruch kam, wie in den bisher beschriebenen Feldzugsparalysen, einen neuen Beweis für die zu eng gefassten Bestimmungen des Reichs-Militair-Pensions-Gesetzes. Man müsse entweder auf einen Präclusivtermin zur Anmeldung von Ansprüchen nach einem Feldzuge verzichten, oder denselben wie seine Casuistik lehre über 15 Jahre hinaus sich erstrecken lassen.

550) **Sioli**: *Ueber die Fasersysteme im Fuss des Grosshirnschenkels und Degeneration derselben.* (Als Original in dieser Nummer abgedruckt.)

551) **Wernicke**: *Die Irren-Versorgung der Stadt Breslau.*

Anknüpfend an eine von Leppmann im Jahre 1882 veröffentlichte Zusammenstellung betont Vortragender, dass die Steigerung der Aufnahme der Irrenstation des Allerheiligenhospitals andauere. Trotzdem sei die von anderer Seite geäusserte Befürchtung, die für 200 Kranke projectirte demnächst zu eröffnende neue städtische Irrenanstalt werde dem Bedürfniss nicht genügen, nicht gerechtfertigt. Einestheils nämlich werde die Anstalt dadurch entlastet werden, dass Deliranten und Epileptiker im Hospital verblieben, anderntheils wäre es gelungen, die Translocation von Breslauer Ortsangehörigen in Provinzial-Anstalten so zu steigern, dass die Stadt jetzt bereits von 25% ihrer anstaltsbedürftigen Irren entlastet wird, während es ehedem höchstens 6% waren.

II. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom Montag den 9. Juli.

Von Dr. König in Dalldorf.

552) Vor der Tagesordnung stellt **Mendel** zwei Fälle von *Chorea mit eigenthümlichen Complicationen* vor. Es handelt sich um zwei Brüder von 12 und 13 Jahren. Grossmutter und Onkel mütterlicherseits geisteskrank; 6 jüngere Geschwister sind gesund; ein älterer Bruder ist, 8 Tage alt, an Krämpfen gestorben, die beiden Knaben

haben von ihrem 2. Jahre an die Erscheinungen dargeboten, die sie heute noch zeigen.

1) Choreatische Bewegungen des Gesichts, der Hände und Beine. 2) Sehnervenatrophie in ziemlich gleicher Intensität. 3) Haben beide gesteigerte Patellarsehnenreflexe, der ältere Knabe ausserdem Fussclonus; dieser ist imbecill, jener geistig normal; die Sensibilität ist bei beiden ungestört, dagegen zeigen beide eine motorische Schwäche in den oberen und unteren Extremitäten; die Sprache ist nicht wesentlich verändert; dagegen kann der kleinere die Zunge nicht ordentlich herausbringen; bei beiden sind choreatische Bewegungen in der Zunge bemerkbar. Ataxie ist nicht nachzuweisen, ebensowenig Intentionszittern.

Diskussion: Oppenheim meint, bei willkürlichen Bewegungen Ataxie bemerkt zu haben, wogegen Mendel bemerkt, dass man bei längerer Beobachtung sich von dem Nichtvorhandensein einer Ataxie überzeugen müsse. Im Schlaf hören die Bewegungen auf. An multiple Sclerose könne man wohl nicht denken; ähnliche Beobachtungen habe er in der Literatur nicht gefunden mit Ausnahme eines Falles von Hofmann in dem letzten Heft von Virchow's Archiv. Die hereditäre Anlage sei wohl nicht zu bezweifeln; am meisten Aehnlichkeit haben die Fälle noch mit der Huntingson'schen Chorea; allerdings passe die Sehnervenatrophie nicht dazu; letzteres hebt auch Westphal hervor.

553) **Westphal:** *Ueber einen Befund der Augenmuskeln bei Ophthalmoplegie.*

In einer der früheren Sitzungen hat W. über einen Fall von chronischer progressiver Lähmung der Augenmuskeln vorgetragen; sämmtliche Muskeln waren auf beiden Augen gelähmt; die Kerne der Augenmuskelnerven waren ganz atrophisch, ebenso die Nerven selbst. Im Sectionsbericht hiess es: „die Augenmuskeln sind mehr oder weniger gelblich, oder von gelblichen Streifen durchsetzt; die Muskeln sind sämmtlich dünn und glatt". W. war sehr überrascht, als er bei der Untersuchung der Muskeln fand, dass der Querschnitt der erkrankten Muskeln von enormem Volumen war. (Bei Querschnitten durch die Augenmuskeln zeigen die Muskelbündel eine andere Gestalt als die gewöhnlichen Muskeln; sie haben einen runden kreisförmigen Querschnitt, während die anderen sich gegenseitig abplatten und einen eckigen Querschnitt darbieten); ausserdem war eine starke Bindegewebsentwicklung zwischen den Qnerschnitten zu sehen. In der letzten Zeit hat W. eine Reihe analoger Fälle untersucht und fand ähnliche hypervoluminöse Muskelbündel. Bei einem Falle zeigte sich eine weitere Eigenthümlichkeit: das Sarcolemm ist verdickt, und man sieht den Muskelinhalt nur im Centrum des Querschnittes; das Bild ähnelt dem Querschnitt eines Achsencylinders in einem Nerven. Worin die Degeneration besteht, ist schwer zu sagen.

In der Diskussion bemerkt Benda, dass der Inhalt zwischen dem Sarcolemm und dem Muskelquerschnitt wahrscheinlich dem Sarcoplasma entspricht, denn er habe Kerne in diesem Inhalte bemerkt; bei degenerirten Froschlarvenschwänzen zeigte sich eine ähnliche Erscheinung.

Westphal glaubt, dass sich Benda bezüglich der Kerne getäuscht habe, will aber die Präparate daraufhin noch einmal controlliren.

554) **Benda**: *Ueber ein neues Härtungsverfahren des Centralnervensystems mit Demonstrationen:*

Vortragender will nur in Kürze das erwähnen, was er für die Zwecke der Gesellschaft als besonderes interessant ansieht. Seine Härtungsmethode (Chromsaures Kali und Salpetersäure) ist bereits ausführlich publicirt. (Centralblatt f. d. med. Wiss. 1888 Nro. 26.) B. meint, der Hauptzweck dieser Methode, bestehe darin, dass sie für die Untersuchung der Ganglienstructur etwas leistet. Man sieht sehr gut den Unterschied zwischen den chromophilen und chromophoben Zellen. In dem Präparat aus dem Rückenmark sieht man die vom Vortragenden zuerst beobachteten chromophilen Granulationen, welche sich in den Rückenmarkszellen finden. In Bezug auf die Untersuchung des Faserverlaufes sieht man, dass die Methode in ganz besonders scharfer Weise die Achsencylinder darstellt. Serienschnitte lassen sich nicht anstellen.

Diese mit Salpetersäure gehärteten Stücke nehmen auch die Weigert'sche Färbung an, aber sie geben keine Darstellung des Weigert'schen Fasersystems. Nebenbei bemerkt, kann man in den Weigert'schen Fasern keine nervösen Bestandtheile sehen; bei Härtung mit Pikrinsäure z. B. sieht man sie fast gar nicht, sondern nur in der Härtung mit Chromsäure. Wahrscheinlich handelt es sich um einen wirklich existirenden Formbestandtheil des Nervensystems, der sich aber nur in den Begleitgebilden findet, nie in den nervösen Gebilden selbst, also in den Nervenwurzeln sowie in den Markscheiden.

In der *Discussion* hebt Westphal hervor, dass Weigert nicht behauptet hat, dass er mit seiner Methode das Nervenmark färbt, im Gegentheil sagt er, dass er die Substanz, die sich färbt, nicht kennt.

Siemerling fragt, ob B. Erfahrung hat, wie sich Präparate verhalten, die längere Zeit nach dem Tode entnommen sind.

Benda erwidert, dass er Präparate von einem menschlichen Rückenmark habe; das Wesentliche der Methode sei allerdings die Härtung möglichst frischer Organe. —

Oppenheim möchte zu Gunsten der Weigert'schen Methode hervorheben, dass sie über Atrophie innerhalb der weissen Substanz klaren Aufschluss gibt; er sieht keinen Grund, irgend einen Vorwurf gegen diese Methode zu erheben. —

Benda will gegen Weigert durchaus keinen Vorwurf erheben im Gegentheil würde es von ganz besonderem Interesse sein, den Formbestandtheil des Weigert'schen Systems weiter zu erforschen.

Oppenheim gibt zu, dass man durch eine fehlerhafte Behandlung (zu langes Differenziren) unbrauchbare Bilder bekommt. Jeder, der über pathologische Prozesse arbeite, dürfe sich natürlich nicht mit einer Methode begnügen. —

Siemerling fragt, welche Resultate bei der menschlichen Hirnrinde erzielt worden sind.

Benda hat nur an Thiergehirnen Versuche gemacht; man sieht, dass die basalen Fortsätze der Pyramidenzellen sich färben, im übrigen sieht man sehr wenig Fasern.

555) **Gluck** (als Gast) u. **Bernhardt**: *Krankenvorstellung: Ein durch secundäre Nervennaht (suture à distance) geheilter Fall traumatischer Radialislähmung.*

Pat. bekam vor 9 Monaten einen Stich in der Gegend des Ellbogengelenkes; heftige Blutung, Naht, Heilung der Wunde. 4 Wochen später totale Lähmung im Radialisgebiete; das centrale Ende des Nerven war sehr druckempfindlich; die Empfindlichkeit setzte sich fort bis in die Fingerspitzen. Wir haben kein sicheres differentialdiagnostisches Moment, um zu entscheiden, ob nach einem Trauma nur eine Drucklähmung vorliegt, oder die Continuität des Nerven unterbrochen ist. Es bestand, wie sich bei der Operation herausstellte, eine bedeutende Diastase der Nervenenden. Das peripherische Ende hatte sich retrahirt; der Defect von über 5 cm war durch Naht nicht auszugleichen. Vortragender hat nach seiner Methode Catgutschlingen implantirt und gesucht, die Nervenenden möglichst einander zu nähern. Das Resultat ist ein sehr vollkommenes gewesen. Man kann die Vereinigung in solchen Fällen auch durch Einlegung von decalcinirten Knochenröhren erzielen; die Nervenenden werden dann gezwungen, sich in der Richtung der Knochenröhre fortzupflanzen.

Bernhardt bemerkt, dass, als er den Patienten am 20. August 1887 zum ersten Male sah, eine vollkommene Lähmung des Radialis bestand. Heute ist die Lähmung so gut wie verschwunden, nur Abduction und Adduction sind noch etwas mangelhaft; auch sind noch Parästhesien vorhanden.

Eine ähnliche Beobachtung hat Bernhardt zusammen mit Professor Sonnenburg gemacht; hier war das Resultat kein günstiges; vielleicht sei die Naht geplatzt.

Gluck bemerkt, dass seine Naht nicht reissen könne.

III. Berliner Medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. Juli 1888.

Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

556) **Uhthoff** demonstrirt vor der Tagesordnung einen Fall von *linksseitiger Ptosis,* bei welcher durch Kau- und Mundbewegung eine Hebung des paretischen l. Oberlides in grösserer Ausgiebigkeit als durch willkürlichen Akt bewirkt wurde. Die Ptosis bestand seit vielen Jahren gepaart mit leichter Insufficienz des l. Internus. Es wurde über unangenehme Empfindungen in dem l. Auge geklagt. U. erklärt den Vorgang durch normale Anastomosen zwischen Trigeminus und Facialis mit dem Oculomotorius.

557) **Mendel** stellt einen Fall von *springender Facialiscontraktur bei einer Hysterica* vor. Durch Reiben, der in Contraktur befindlichen einen Gesichtshälfte ging der Krampfzustand auf die andere Gesichtshälfte über. Druck auf den Facialisstamm durch eine Münze bewirkte dasselbe. Die Erscheinung war seit einem Jahre constatirt.

III. Referate und Kritiken.

558) **Unverricht** (Jena): Experimentelle Untersuchungen über die Innervation der Athembewegungen. (Fortschritte d. Medicin Nro. 11. 1888 u. Beilage zum Centralbl. f. kl. Medicin Nro. 25. 1888.)

Der Einfluss der Grosshirnrinde auf die Athmung ist noch wenig studirt worden. Verf. hat desshalb bei seinen bekannten Reizversuchen den Modificationen der Athmung eine besondere Beachtung geschenkt und die Resultate auf dem diesjährigen Congresse für innere Medicin vorgetragen. Der Erfolg seiner Reizung mit dem farad. Strome mittelst Stromstärken, welche bei den anderen motor. Centren gerade genügen, eine Zuckung des betr. Muskelgebietes auszulösen, war der, dass Verf. von einer ganz umschriebenen Stelle der Hirnrinde aus sofort eine deutliche und immer typische Einwirkung auf die Athembewegungen erzielen konnte. Die Stelle liegt in der dritten äusseren Windung Ferrier's nach aussen vom Orbiculariscentrum.

Die Veränderung der Athmung bestand in einer Verlangsamung der Athembewegungen, so dass die Dauer der Athempausen einfach verlängert wurde. Es handelte sich also um Hemmungserscheinungen. Es sind weder sensibele Trigeminusäste, noch anderweitige sensibele Elemente (Schiff), deren Reizung diese Erscheinung erklären, da sonst von anderen Punkten der Rinde derselbe Effekt zu erzielen sein müsste.

Ferrier hat bekanntlich durch Reizung einer Rindenstelle Aufrichten des contralateralen Ohres und Seitwärtsbewegung der Augen erzielt, Erscheinungen, die er als reflectorisch, entstanden durch Sinnestäuschungen in Folge des electr. Reizes erklärte. U. bestätigte das Aufrichten des Ohres, allerdings bei Reizung einer Stelle, die etwas hinter der Athemstelle liegt. Will man Ferrier's reflectorische Erscheinungen für die beschriebene Athmungshemmung verwerthen, so müsste man sagen: Das Thier bekommt durch Reizung seiner Hörsphäre Hallucinationen, wendet desshalb den Blick nach der anderen Seite und lauscht mit gespanntem Ohr und *angehaltenem Athem* auf die ungewohnten Schallerscheinungen. Da aber bei electr. Reizung die Ohrbewegungen in Krämpfe übergehen, so ist obige Erklärung unwahrscheinlich.

Uebrigens sah Verf. auch krampfartige Erscheinungen bei Reizung der bezeichneten Athemstelle, die er als „Hemmungskrämpfe" bezeichnen möchte. Chloral, welches die Erregbarkeit der motor. Centren vernichtet, bleibt ohne Effekt auf die Athembewegungen. Es ist daher nicht ausgeschlossen, dass der Effekt durch Reizung von hemmenden Nervenfasern zu Stande kommt, die in dem oben bezeichneten Punkte dicht zusammenstrahlen, ähnlich wie es Gierke für das Athemcentrum in der Medulla oblongata angegeben hat.

Goldstein (Aachen).

559) **Emil Cavazzani** (Padua): Zur Lehre von der Regeneration und prima intentio nervorum. (Centralbl. f. kl. Medicin. Nro. 22. 1888.)

Auf Grund von Experimenten an Hunden, bei denen Verf. 7 mal den N. ischiadicus, 2 mal den N. medianus durchschnitt und wieder mit Katgut durch direkte Naht vereinigte, kommt er zu folgenden Schlüssen:

1) Auch die durchtrennten peripheren Nervenfasern können, wie die anderen Gewebe, per primam verheilen.

2) Die prima intentio nervorum wird durch die schnelle Ausbesserung der der primitiven Lähmung zugehörigen Zerstörungen, die Zunahme der Sensibilität, der Motilität und der trophischen Innervation charakterisirt.

3) Die Leitung des Nervenstammes wird durch rasches Auswachsen der erst mit zartem Achsencylinder und Neurilemm ausgestatteten centralen Fasern, die die Stümpfe vereinigen und im peripheren Nervenende den anfangenden degenerativen Process aufhalten, wieder hergestellt. Goldstein (Aachen).

---

560) **Jelgersma** (Meerenberg): Eene varieteit in het verloop der fibrae arciformes externae. (Eine Varietät im Verlauf der fibrae arciformes externae.) (Nederlandsch Tydschrift vor Geneeskunde 1888. Nro. 20.)

J. bringt diffuse Anhäufungen von Ganglienzellen, die von der Brücke abwärts ventral von den Pyramiden liegen, sich bei anderen Säugethieren und bei idiotischer Hirnatrophie nicht finden, in Beziehung zu den nucleus reticularis pontis (Bechterew) als dessen Ausläufer („nuclei arciformes“). Durch diese Kerne verlaufen von den Hintersträngen aus die fibr. arcif. ext. nach der Olifenzwischenschicht.

Bei der Section eines Blödsinnigen fand er nun, neben einem auffallend voluminösen Pons, von diesem nach abwärts zwei compacte Faserstränge beiderseits erst vor den Pyramiden nach unten, dann in einem nach unten convexen Bogen über den unteren Theil der Oliven und sich fächerförmig ausbreitend in das corpus restiforme verlaufen. Mikroskopisch heben sich diese Bündel deutlich von den quer verlaufenden fibr. arcif. ext. ab und werden von diesen durchsetzt; die nuclei arcif. sind zu einem in der Medianlinie zusammenhängenden grossen Kern entwickelt, die abnormen Bündel bestehen aus feinen Fasern; weiter ventral liegen die nucl. arcif. zwischen dem abnormen Bündel und den Pyramiden; im corpus restiforme lassen sich die abnormen Bündel nicht weiter verfolgen.

Im Pons zeigen sich die Bündel als ganz mit den Pyramiden verschmolzen.

J. nimmt an, dass es sich um Verbindungsfasern der Brückenkerne mit den Cerebellum-Hemisphären handelt, die sonst durch die crura cerebelli ad pontem, hier aber erst längs den Pyramiden um die Oblongata und durch die corp. restif. zum Kleinhirn verlaufen.

Kurella (Ahrweiler).

---

561) Case of defect in development of the right lobe of the cerebellum etc. (Fall von mangelhafter Entwicklung des rechten Kleinhirnlappens, verbunden mit Verringerung der gekreuzten Hirnhemisphäre.)

(Brain 1888. April.)

Das Gehirn, der Gegenstand dieser Notiz, wurde zufällig im Secirraum gefunden, es giebt folglich keine darauf bezügliche Geschichte.

An der Basis fehlt ein Theil der rechten Hemisphäre des Cerebellum, und diese Hemisphäre ist im Ganzen viel kleiner als die linke. Dieser Mangel scheint fast den ganzen flocculus und den daran grenzenden Theil der Mandel zu umfassen. Die Windungen, die an die Vertiefung grenzen, welche durch den Mangel dieser Theile hervorgerufen wird, sind alle abgerundet und mit grauer Substanz bedeckt. Auf dem Boden der Einsenkung liegt die weisse Masse der Hemisphäre, überall bedeckt von der pia mater.

Die linke Grosshirnhemisphäre erschien bedeutend kleiner als die rechte, sie wog jedoch nur eine halbe Unze weniger.

Indessen hat in Anbetracht der Thatsache, dass das Uebergewicht der rechten Grosshirn-Hemisphäre über die linke sehr gering ist, der Gewichtunterschied von einer halben Unze grössere Bedeutung als es auf den ersten Blick erscheint. Der Unterschied in der scheinbaren Grösse der Hemisphären war also ausgesprochener, als das Gewicht bestätigte. Vielleicht bestand auch ein Unterschied im spezifischen Gewicht, jedoch konnte dieser Punkt nicht bestimmt werden.

K u r e l l a (Ahrweiler).

---

562) **Rudolf Arndt** (Greifswald): Verschwärungs- und Wucherungsvorgänge nach Nervendurchschneidung.

(Deutsche Medicinische Wochenschrift 1888. Nro. 29.)

Am 6. Mai hatte Herr X. sich einen tiefen Schnitt an der Beugeseite des linken Vorderarmes beigebracht. Durch denselben waren sämmtliche Weichtheile, beide Arterien, alle Sehnen und Nerven getrennt worden. Von hervorragenden Chirurgen wurden die Arterien unterbunden, die Sehnen und Nerven zusammengenäht, die ganze Wunde den Anforderungen der Zeit gemäss behandelt. Ihre Heilung schritt zur Zufriedenheit vorwärts. Durch einen Sturz am 22. Mai, bei dem Herr X. die Arme instinctiv vorstreckte, fiel er auf die Hände und zerriss sich dabei die verheilenden Theile des linken Vorderarmes. Sie von Neuem zu vereinigen, war nicht möglich. Was ohne dies nicht zusammenwuchs, blieb getrennt. Die bedeutendsten Störungen an der Hand standen zu erwarten und sind auch eingetreten.

Unter diesen Störungen waren zwei von ganz besonderem Interesse, weil sie, gewissermaassen experimentell hervorgerufen, die Abhängigkeit örtlicher organischer Vorgänge von dem regelnden Nerveneinflusse darthaten.

Die besagte Wunde wurde alle drei, vier Tage auf das sorglichste verbunden. Die mit weicher Verbandwatte wohl gepolsterte Hohlhand ruhte wie der ganze Unterarm auf einer reichlich mit Watte bedeckten Drahtschiene, die nur mässig fest mit Gazebinden an das Glied angezogen war. Drei Wochen ging Alles gut; da um den 15. Juni herum, entwickelte sich in der Hohlhand

eine etwa markstückgrosse geschwürige Stelle. Die an zwei benachbarten Orten derselben missfarbig gewordene Epidermis hob sich ab, und nach ihrer Entfernung lag die von einzelnen Schrunden durchzogene, hie und da mit Eitertröpfchen bedeckte, gefühllose Cutis bloss vor Augen. Die beiden Stellen wurden gereinigt, dicht mit Jodoformgaze bedeckt, und der Arm, der im Uebrigen so gut heilte, wie man es nur wünschen konnte, in gewohnter Weise verbunden. Dabei wurde mit peinlicher Sorgfalt darauf geachtet, dass auch nicht der geringste störende Druck auf die Hohlhand seitens des Verbandes ausgeübt wurde; nichtsdestoweniger entwickelt sich der Verschwärungsprocess, aber zunächst weiter. Am nächsten Tage sind die beiden schwärenden Stellen zusammengeflossen, jene bereits erwähnte markstückgrosse geschwürige Fläche bildend, und fast scheint es, als wollte sich der Process an ihr sowohl in die Breite wie in die Tiefe noch weiter ausdehnen. Die geschwürige Fläche wurde nun in der zuletzt angegebenen Weise alle Tage verbunden, um eine gehörige Controlle über die Weiterentwickelung des sie bedingenden Processes möglich zu machen. Erst nach mehreren Tagen jedoch konnte man mit Bestimmtheit sagen, dass derselbe sich begrenzt habe, und erst vom 21., 22. ab, dass er in Heilung begriffen sei.

Wie war der Process entstanden? Durch Druck! Es war ein Decubitus mit seinen Folgen! Obwohl die Hohlhand immer sorgfältig ausgepolstert worden war, hat sie doch wohl einmal zu fest auf dem Polster aufgelegen, und der Decubitus war davon die Folge. Ja wohl! Aber wenn die die Hohlhand hauptsächlich versorgenden Nerven nicht durchschnitten und damit gelähmt gewesen wären, hätte sich auf Grund des angenommenen Druckes, der doch immer nur ein sehr geringfügiger gewesen sein kann, der Decubitus wohl nicht entwickelt? Die wesentliche Schuld an der Entstehung desselben sowie des ganzen weiteren Processes trägt somit der für die Hohlhand stark beeinträchtigte, *zum Theil ganz aufgehobene Nerveneinfluss.* Denn vollständig aufgehoben kann er trotz der Durchschneidung der sämmtlichen an der Beugeseite gelegenen Nerven nicht gewesen sein. Die Gefässnerven, die mit der A. interossea in die Hand gelangen, wie diese sich verzweigen und mit den Nerven anderer Arterien in Verbindung treten, waren zum Wenigsten erhalten. Ihnen muss geradeso wie den den Blutumlauf noch gestattenden Gefässen ein ganz bedeutender Theil an der vorläufigen Erhaltung der Hand zugeschrieben werden, und der fragliche Nerveneinfluss im Allgemeinen kann deswegen nur als ein sehr herabgesetzter, ein stark beeinträchtigter, aber keinesfalls als ein völlig aufgehobener angesehen werden.

Auf diesen stark beeinträchtigten, theilweise aufgehobenen Nerveneinfluss hin entwickelte sich nun unter der Einwirkung eines höchst geringfügigen Druckes der Decubitus, und als Reaction Seitens des übrigen Organismus die Verschwärung an der besagten markstückgrossen Stelle, d. i. eine entzündliche Reizung an derselben mit Neigung zu moleculärem Zerfall. Die *neuroparalytische Entzündung* wird dadurch von Neuem wieder in ihrem Dasein bewiesen, zugleich aber auch in ihrem Wesen erhellt. In Folge des Mangels gehöriger nervöser Beeinflussung werden die Gewebe so widerstandslos, dass jedem,

in den ausgebildetsten Fällen auch dem geringfügigsten Reize, der unter normalen Verhältnissen kaum oder überhaupt nicht zur Wahrnehmung kommt, sie zum Opfer fallen. Die neuroparalytische Entzündung, für welche nicht bloss der Gefühlsmangel und die durch denselben hervorgerufene Bedürfnisslosigkeit, die schädigenden Reize abzuhalten, beziehentlich zu entfernen, verantwortlich gemacht werden kann, sondern in erster Reihe die Widerstandslosigkeit, ich möchte sagen, der *entnervten* Gewebe, beweist darum aber auch die Abhängigkeit der einzelnen Gewebe und ihrer Elemente, der Zellen, von der jeweiligen Innervation derselben. Und das beweist wieder, dass die einzelnen Zellen des Körpers mit den Nerven in Zusammenhang stehen müssen, mag dieser durch das Messer oder durch das Mikroskop bisher auch immer noch nicht so nachgewiesen sein, wie es der eingefleischte Skeptiker nun einmal verlangt. Sichtbar ist er dessen ungeachtet doch. Man muss nur die trophischen Vorgänge in das Auge fassen, welche allein auf Grund eines solchen sich machen können. Und das in hervorragender Weise zu erkennen, ist das Mitgetheilte neben dem vielen derartig schon Bekannten, aber immer noch nicht in seinem vollen Umfange Gewürdigten durchaus angethan.

Zu derselben Zeit, wo die besprochene Verschwärung in der Hohlhand sich ausbildete, wurde auch eine rasch zunehmende Schwellung der Gelenke der Finger, mit Ausnahme der des Daumens bemerkbar. Vornehmlich waren es die des Mittel-, des Zeige- und Ring-, weniger des kleinen Fingers, welche sich von derselben befallen zeigten und sie zuletzt in einer Stärke aufwiesen, wie sie nur ein schwer geplagter Gichtiker sehen lässt. Ausdrücklich wird hervorgehoben, dass sonst kein Gelenk des Körpers, auch nicht einmal andeutungsweise, etwas Aehnliches an den Tag legte. Es bekundeten das bloss die Gelenke, welche im Bereiche der durchschnittenen Nerven lagen. In welchem Verhältniss diese Gelenkanschwellungen zu der Verschwärung in der Hohlhand standen, will Ref. nicht weiter untersuchen. Allein er kann doch nicht umhin, darauf hinzuweisen, wie der verminderte, theilweise selbst aufgehobene Nerveneinfluss — nur etliche Gefässnerven, also sympathische, eigentliche Nerven der Bindesubstanzen, waren erhalten; die in Betracht kommenden cerebrospinalen dagegen waren wohl ausnahmslos vernichtet — wie dieser verminderte, theilweise selbst aufgehobene Nerveneinfluss es ist, welcher hier unter der Einwirkung kleinster Reize zu der bezüglichen Entzündung und Verschwärung, dass ebenso dort das nämliche Moment zu den die Gelenkanschwellungen bedingenden Gewebswucherungen geführt hat.

His hat den Satz aufgestellt: *In der Entwickelungsperiode des Eies übt der Archiblast von dem Augenblick an, wo er mit dem Parablasten zusammentrifft, einen durchaus beherrschenden Einfluss auf letzteren aus, so dass die Entwickelung dieses fortan sich nur gleichsam im Sinne jenes macht.* Man hat nun zwar in der neuesten Zeit die His'sche Lehre arg bekämpft; indessen, wenn das vielleicht auch in Bezug auf den Ursprung von Archiblast und Parablast gerechtfertigt ist, in Bezug auf ihr Wesen und ihre gegenseitige Beeinflussung

dürfte das nicht wohl angänglich sein. Das ganze spätere Leben beweist die Richtigkeit der Anschauungen von His. Der Hauptrepräsentant des Archiblasten in der späteren Lebenszeit ist das Nervensystem; der Parablast tritt uns in den verschiedenen Bindesubstanzen entgegen. Nach His also beherrscht das Nervensystem von Anfang an, wie die ganze Körperentwicklung im Allgemeinen, so auch die der Bindesubstanzen im Besonderen. Es übt einen ihre Ernährungs-, ihre Entwicklungsverhältnisse regelnden, bestimmenden Einfluss aus. Und das zeigt sich in der That auch, wie schon betont, durch das ganze übrige Leben. In der Entwickelungsperiode kommt es daraufhin zu den Hemmungsbildungen, den übergrossen und fremdartigen Bildungen, zur Entwickelung der chlorotischen Constitution, der Stigmata degenerationis in der Involutionsperiode zu den dieser eigenthümlichen anomalen Vorgängen und Zuständen. Es fangen da mit dem Nachlass der Energie des Nervensystems und besonders des cerebrospinalen Antheils desselben, wie es vielfach scheint, die Bindesubstanzen an, gewissermaassen mehr selbstständig zu wuchern. Es nimmt die Fettbildung überhand. Es treten die eigentlichen Bindegewebsneubildungen, die Indurationen, die sogenannten Cirrhosen der Organe, das Gerontoxon, die Knochen- und Knorpel-Hypertrophieen und Paratrophieen, das Malum articulorum senile, die Arthritis deformans auf. Auch bei jener Abspannung und Erlahmung des Nervensystems, welche ein rasch verlaufendes Senium praecox, die allgemeine progressive Paralyse, darstellt, kommen diese Erscheinungen und namentlich die auffällige Fettbildung, die Knochen- und Knorpelhypertrophieen vor; desgleichen in manchen Fällen von Tabes dorsualis, von Myelitis chronica. Der mitgetheilte Fall lehrt, warum. Das Nervensystem, vornehmlich das cerebrospinale, ist hinfällig geworden. Es hat keine regelnde Macht mehr über die Ernährungs- und Bildungsvorgänge der Bindesubstanzen, geradeso wie hier, wo die Hauptmasse der Nerven durch Durchschneidung ohnmächtig geworden war, und nur der kleine Theil derselben, welcher mit den noch erhaltenen Gefässen in die bezüglichen Gliedmaasen eindrang, sich noch zu bethätigen vermochte. Ist aller Nerveneinfluss aufgehoben oder auch nur so gut wie aufgehoben, wie z. B. nach Durchtrennung der Nervenstämme und des Hauptgefässes eines Gliedes, so stirbt dasselbe rettungslos ab.

Ohne Nerven keine Ernährung, kein Wachsthum! Ohne Nerven nur Tod! Bei lahmen Nerven mangelhafte Ernährung, Hinfälligkeit der Gewebe, Neigung derselben zu moleculärem Brand, daher zu Verschwärung oder einfacher Usur. Ohne Nerven kein zusammengesetztes Zellenleben! Die Autonomie der Zellen eines Organismus ist nur eine Annahme, ein bestechend klingendes Dogma, aber durch nichts bewiesen. Die Entwickelungsgeschichte, Ontogenie wie Phylogenie, die Physiologie, eine vorurtheilsfreie Beurtheilung der Pathologie sprechen nur für den Zusammenhang der Zellen unter einander, den zu besorgen das Nervensystem eben die Aufgabe hat. Die freibeweglichen Blutkörperchen, weisse wie rothe, können nicht als Beweis dagegen angeführt werden: sie sind aus sesshaften Bindesubstanzzellen

hervorgegangen. Die Reverdin'schen Epidermis-, die Schweninger'schen Haartransplantationen sprechen nur für das zeitweilige Fortleben von ihrem Gesammtorganismus getrennter Zellen und Zellencomplexe, sowie für die Möglichkeit mit diesem oder einem anderen ähnlichen Körper wieder zu verschmelzen, wenn die Bedingungen dazu günstig sind. Welche sind das? Es kommt gar nicht darauf an, dieselben hier zu erörtern; aber das gilt: *Die Localpathologie, die Localtherapie, welche auf die Autonomie der Zellen sich gründet, schwebt vollständig in der Luft, und wenn zu ihrer Vertheidigung der Erfolg herangezogen wird, so lässt sich dagegen erwidern, dass durch ihn ebenso sehr, wenn nicht in noch grösserem Maase der Einfluss der Nerven bewiesen wird, der zumal auf dem Wege des Reflexes auch da noch oft wirksam ist, wo er gar nicht mehr in Betracht zu kommen scheint.* Die schmerzstillende sowie überhaupt anästhesirende Wirkung der Carbolsäure einerseits, die entzündungswidrige, zugleich aber auch den Heilungsprocess verzögernde, weil den ganzen Lebensprocess herabsetzende Wirkung derselben andererseits, scheinen nur dafür zu sprechen, lassen sich wenigstens aus ihnen am leichtesten erklären, besonders da auch die Chirurgen nicht mehr darauf bestehen, dass hier die Carbolsäure nur wirkt, indem sie die entzündungserregenden Monaden, Bacterien, Bacillen u. s. w. tödtet.

---

563) Case of haemorrhage into the medulla oblongata. Recovery. (Blutung in das verlängerte Mark. Genesung.) (Brain, April 1888.)

Eine 33 jährige Frau kam im October 1886 mit leichtem Bronchial-Catarrh in ärztliche Behandlung. Ihre Herzthätigkeit war unregelmässig und etwas schwach, seit neun Jahren täglich Asthma-Anfälle.

Am 26. October 1886 fühlte die Patientin während eines Hustenanfalls heftige Schmerzen im Kopf sowie in der ganzen linken Körperseite und wurde schwindlich. Sie bemerkte darauf, dass ihr rechter Arm sehr schwach sei, und ihre Sprache sehr undeutlich. Convulsionen traten nicht auf, und die Patientin verlor nie das Bewusstsein.

Während 2 Wochen ungefähr zeigte sie folgende Symptome. Parese des linken Beines und Armes, besonders des letzteren, die Fingerbewegungen waren ganz besonders gestört.

Geringerer Kräfteverlust des rechten Arms.

Bedeutende Störungen der Lippenbewegungen, besonders auf der rechten Seite, während die obere Gesichtshälfte unafficirt blieb.

Abweichung der vorgestreckten Zunge nach links.

Grosse Undeutlichkeit der Sprache, hervorgerufen durch mangelhafte Zungen- und Lippenbewegungen.

Erweiterung der linken Pupille. Zeitweise Schwierigkeit der Accomodation.

Parese der rechten Seite des velum palati.

Schwierigkeit der Deglutition.

Anästhesie, Störungen des Gesichts, Geruchs und Gehörs waren nicht vorhanden, ebenso fand man keine Lähmung der äusseren Augapfelmuskeln. Während der ersten Tage ihrer Krankheit klagte die Patientin über fortwährende Uebelkeit und musste sich gelegentlich übergeben. Sie hatte oft das Gefühl zu fallen, durch das Bett zu fallen, mehrere Tage hindurch hatte sie Schmerzen in der Stirngegend. Ophthalmoscopische Erscheinungen waren normal, ebenso dieTemperatur.

Während des grösseren Theiles der Krankheitsdauer war die Patientin ganz frei von Asthma, sobald sie sich aber von der Paralyse erholte, stellten sich die asthmatischen Paroxismen nach und nach wieder ein, und waren, wie sie das Hospital verliess wieder so häufig wie zu Anfang

In 751 von Gintrac gesammelten Fällen von cerebraler Hämorrhagie, war nur 2 mal die medulla oblongata der Sitz der Läsion.

Zur Unterstützung der Diagnose im gegenwärtigen Fall bemerkte B., was die pathologische Diagnose betrifft, dass die Plötzlichkeit des Anfalls für Embolie oder Hämorrhagie spricht. Erstere ist unwahrscheinlich wegen der Abwesenheit von Herzklappenfehlern, für die Hämorrhagie als Ursache der Paralyse spricht dagegen die Thatsache, dass der Beginn der Krankheit mit einem heftigen Hustenanfall zusammen fiel.

Was die Localisation der Läsion anbetrifft, so ist B. der Ansicht, dass eine Hämorrhagie, die weder von Convulsionen noch von Bewusstseinsverlust oder Fall der Temperatur begleitet ist und von deren Folgen sich der Patient in 2 Monaten vollständig erholt, in ihrer Ausdehnung nothwendig sehr beschränkt sein muss. Specielle Symptome der Brückenläsion, d. h. einer Läsion ihrer Nervenkerne fehlten, während die vorhandenen Symptome sich grösstentheils leicht durch die Hypothese einer bulbären Läsion erklären lassen.

Die Zungen-, Gaumen- und Schlund-Parese deuten auf eine Läsion der Nervenkerne des Hypoglossus und Accessorius hin. Die Uebelkeit, das Erbrechen und das vollständige Aufhören der asthmatischen Paroxismen sind der Beweis für einen Zusammenhang mit den Vaguskernen.

Die Erweiterung der linken Pupille und das zeitweise undeutliche Sehen kann man vielleicht auf die Irritation der cilio-spinalen Fasern zurückführen. Der Schwindel, die Empfindung als fiele sie, sind schwer zu erklären, wenn man nicht annimmt, dass der innere Acusticuskern, mit dem die hintere Wurzel des Nervus acusticus zusammenhängt, nicht Hör-Functionen hat, sondern nur diejenigen Fasern des Nervus acusticus erhält, welche von dem Vestibulum ausgehen und Reize fortleiten, die nicht Tonempfindungen, sondern Richtungs-Wahrnehmungen hervorrufen.

Sollte dies der Fall sein, so ist es möglich, dass ein Eingriff der Blutung in den Acusticus-Kern die von dem Patienten geschilderten subjectiven Empfindungen verursacht haben mag.

Kurella (Ahrweiler).

564) **Westphal** (Berlin): Ueber multiple Sclerose bei zwei Knaben. (Charité-Annalen XIII. Jahrg. 1888.)

Beobachtung I. Wilhelm Meess, 11 Jahre alt, bettlägerig. Untere Extremitäten zeigen im Allgemeinen ein dürftiges Volumen, keine partielle Atrophie. Contractur der Achillessehne auf beiden Seiten. Bei passiver Bewegung des Hüftgelenks stösst man auf Muskelwiderstände. Active Bewegungen der Gelenke mit nur geringer Kraft ausführbar. Es besteht eine allgemeine Parese der unteren Extremitäten beiderseits und eine spastische Contractur in gewissen Muskelgruppen des Oberschenkels, ferner Contractur der Achillessehne. Sensibilität ungestört. Fusszittern bei Dorsalflection bei der Aufnahme des Pat. sehr lebhaft. Kniephänomene gesteigert.

Gang ist unsicher, breitbeinig. Fussspitzen schurren am Boden nach. Kein wesentliches Schwanken beim Augenschluss. Hautreflexe normal. Obere Extremitäten intact.

Ophthalmoscopisch beiderseits deutliche Abblassung der temporalen Hälften der Papillen, links mehr als rechts. Gesichtsfeld ist eingeschränkt, namentlich für Farben.

Verlangsamung des Sprechens. Intelligenz etwas schwach. Anamnese durch die Mutter: Keine Heredität. Im 5. Jahre Lungenentzündung, darnach Schwäche des rechten Beines. Im 6. Jahre Hundebiss mit darauffolgendem Krampfanfall. Seit dem 8. Jahre soll er häufig zu Boden gefallen sein. Im 10. Jahre Diphtherie, darnach Verschlechterung des Ganges, er lief stets die Spitzen der Stiefelsohlen durch. Vor 2 Jahren viel Schwindelgefühl. Intelligenz früher normal, seit 2 Jahren Gedächtnissschwäche.

Beobachtung II. Georg Reinhold, 9 Jahre alt, mit grossem Kopf (Umfang 54 Ctm.). Blick nach oben fast ganz aufgehoben. Linkes Augenlid hängt ein wenig stärker herab, als das rechte. Geringe Beschränkung der seitlichen Augenbewegungen. Deutlicher Nystagmus. Pupillen eng. Lichtreaction erhalten, aber gering. Linke Papille in toto etwas blasser, als normal, rechts totale Abblassung, untere Partie etwas getrübt. Langsamkeit beim Sprechen.

Pat. kann die Beine im Hüftgelenk nur bis zur halben Höhe heben. Kraft etwas vermindert. Kniephänomen verstärkt, Fusszittern sehr deutlich. Links besteht Verkürzung der Achillessehne. Gehstörung ist sehr bedeutend. Sensibilität normal. Sehnenphänomen der oberen Extremität etwas gesteigert. Zuweilen Wackeln der Arme beim Greifen. Pat. benässt fast jede Nacht das Bett. Intelligenz entschieden geschwächt. Anamnese der Mutter: Vater starb durch Selbstmord, war psychisch gestört, ebenso Grossvater. Nach Operation einer Mastdarmfistel vor 4 Jahren soll Gang schlechter geworden sein. Lief die Spitzen der Stiefelsohlen durch. Kopfschmerzen, Schwindelgefühl. Zittern der Hände seit 6 Wochen. —

Die Analogie der Krankheitserscheinungen in beiden Fällen ist nicht zu verkennen. Das gesammte Krankheitsbild hat nur einige Aehnlichkeit mit dem zuerst von Charcot und seinen Schülern von

der multiplen Sclerose gegebenen. Die Muskelspasmen waren namentlich nicht sehr ausgebildet, es fehlte auch das Zittern der Glieder bei willkürlichen Bewegungen. Trotzdem lässt sich die Diagnose multiple Sclerose aus den übrigen Erscheinungen stellen. Der Befund am N. opticus wird im Allgemeinen die Entscheidung der Frage, ob ein klinisches Krankheitsbild, welches dem der multiplen Sclerose gleicht, eine Neurose sei oder eine wirkliche Degeneration im Bereiche des centralen Nervensystems, herbeiführen. Die Atrophie dieses Nerven ist entscheidend für die Diagnose, während ihr Fehlen in klinisch zweifelhaften Fällen von multipler Sclerose keinen bestimmten Schluss gestattet. Bei den beiden Knaben war die Atrophie der Papillen constatirt worden und damit ein Hauptanhaltspunkt für die Diagnose gegeben. Goldstein (Aachen).

---

565) **Schütz** (Berlin): Casuistischer Beitrag zur Aphasie und Paraphasie.
(Charité Annale XIII.)
(Schluss.)

Der Sectionsbefund im Gehirn ergab eine ausgedehnte Erweichung in der Rindensubstanz der linken Hemisphäre, welche sich von der dritten Stirnwindung an bis zum Schläfenlappen erstreckte und am intensivsten in der hinteren Centralwindung und im Schläfenlappen war, während der Occipitallappen keine Veränderungen zeigte.

Im vorliegenden Falle ist es bei der ausgedehnten Erkrankung in der linken Hemisphäre wohl kaum möglich Beziehungen zwischen den klinischen Beobachtungen und dem Sectionsbefund mit Sicherheit aufzustellen, indessen liegt die Möglichkeit doch nahe, dass die sensorielle Aphasie, welche das Wesentliche des Krankheitsbildes hier ausmachte, ihre Ursache in den Veränderungen des linken Schläfenlappens hatte, welche so hochgradig waren, dass von der Schläfenwindung nur geringe Reste übrig geblieben waren. Auffällig ist dabei, dass Gehörsstörungen während des Lebens sich nicht nachweisen liessen. Die Alexie und Agraphie, welche Pat. zeigte, war, wie oben ausgeführt, nur eine partielle, soweit sie bedingt war durch den Ausfall der Klangbilder. Dies dürfte wohl darauf zurückzuführen sein, dass der Occipitallappen an dem Krankheitsprocess nicht theilgenommen hatte. Den ausgedehnten Veränderungen in der motorischen Zone der linken Grosshirnhemisphäre entsprechen klinisch keine Motilitätsstörungen. Indessen ist nicht auszuschliessen, dass motorische Störungen kurz nach dem ersten Schlaganfall bestanden haben, welche bald zurückgegangen und daher nicht zur klinischen Beobachtung gelangt sind.

Als Ursache der Erweichungsherde im Gehirn ist die beträchtliche Endarteriitis der Gehirngefässe anzusehen.

II. Mann von 56 Jahren, Potator. Klappenfehler an der Aorta und Mitralis mit Hypertrophie des linken Ventrikels. Allgemeine Atheromatose der Aterien. Sprachstörung seit Juli 1886. Im September 1886 Aufnahme in das Krankenhaus Moabit, von da in demselben Monat wegen Verwirrtheit und Verfolgungswahn nach der Charité übergeführt. Paraphasie und partielle sensorische Aphasie nach einem apoplectischen Insult entstanden. Alexie und Agraphie. Keine

Hemiplegie. Paranoia. Tod circa 5 Monate nach Beginn der Gehirnerkrankung. Obductionsbefund: Grosser Erweichungsherd im linken Occipitallappen, neben kleineren Defecten in den übrigen Lappen, auch der rechten Hemisphäre. Erweichungsherde im Linsenkern und Thalamus opticus der linken Seite und in der Nähe der grossen Ganglien der rechten Seite. Insufficienz der Aorta; Stenose der Mitralis.

Auf welche Weise im vorliegenden Falle die zu der Sprachstörung führenden Veränderungen im Gehirn zu Stande gekommen sind, liess sich anamnestisch nicht eruiren, da Pat. selbst keine zuverlässige Auskunft darüber geben konnte, und auch die Angehörigen dazu nicht im Stande waren. Doch ist dies in diesem Falle auch von geringerer Wichtigkeit, da die allgemeine Atheromatose der Gefässe, verbunden mit einem schweren Herzfehler, mit Sicherheit auf eine durch Endarteriitis bedingte Herderkrankung, nicht auf ein stattgehabtes Trauma, wie vielleicht aus der Anamnese zu schliessen wäre, hinweisen. Embolien liessen sich in den betreffenden Gegenden nicht finden.

Die Sprachstörung, welche Pat. darbot, fällt vorwiegend unter das Bild der Paraphasie (Leitungsaphasie, Wernicke). Eine motorische Aphasie war bei dem Kranken wohl nicht vorhanden; derselbe verfügte über einen grossen Wortschatz, und im Vordergrund des Krankheitsbildes stand das Symptom, dass er die ihm verbliebenen Worte nicht richtig anzuwenden vermochte, sondern sie sinnlos aneinanderfügte und zum Theil verstümmelte. Dabei war er sich des Verkehrten in seiner Ausdrucksweise wohl bewusst und beklagte dies oft. In der letzten Zeit führte diese Erkenntniss seines Zustandes bei dem Kranken zu einer deprimirten Gemüthsstimmung. Uebrigens war das Vermögen, die richtigen Worte zu finden, auch bei diesem Kranken nicht ganz aufgehoben; namentlich dann, wenn er in Aufregung war, sprach er ganze Sätze fliessend und richtig. Schreiben und Lesen, nach Dictat schreiben oder copiren, oder vorlesen, oder den Inhalt eines Schriftstücks verstehen — konnte Pat. nicht. Es bestand also bei ihm totale Agraphie und Alexie. Eine sensorische Aphasie trat in geringerem Grade hervor und äusserte sich vorwiegend darin, dass Pat. die zu ihm gesprochenen Worte vielfach nicht verstand. Lähmungen haben bei dem Kranken nicht bestanden. Die Intelligenz war, soweit sich dies eruiren liess, intact, dagegen zeigte Pat. zuweilen Verfolgungsideen, die sich auf seine Verwandten bezogen.

Das Wesentliche in dem vorliegenden Fall ist jedenfalls die Paraphasie, die sich bei dem fortwährenden Streben des Pat., zu reden und zu schwatzen, als eine sogenannte choreatische bezeichnen lässt. Als hauptsächlichste Grundlage der Paraphasie ist wohl der grosse Erweichungsherd im linken Occipitallappen anzusehen. Hemianopsie hatte sich während des Lebens nicht nachweisen lassen. Wie weit die im Obductionsprotocoll angegebenen kleineren Defecte an den anderen Lappen die Paraphasie, welche, wie schon erwähnt, keine ganz reine war, complicirten, kann kaum annähernd richtig bestimmt werden. Die Erweichungsherde im Linsenkern und Thalamus opticus der linken Seite hatte zu dauernden Störungen während des Lebens nicht geführt.

III. Frau von 56 Jahren. Vor 1½ Monaten Schlaganfall mit linksseitiger Hemiplegie und aphatischer Sprachstörung. Nach 14 Tagen Rückgang der Lähmungserscheinungen der linken Seite, darnach anfallsweise auftretende Krämpfe, erst der linken, dann der rechten Seite, mit darauffolgender Lähmung, welche nach 14 Tagen sich zurückbildete. Die Sprachstörung blieb bestehen. Paraphasie mit partieller sensorischer Aphasie, totale Agraphie und Alexie. Keine Hemianopsie oder Gehörsstörungen. Plötzlicher Tod, 7 Wochen nach dem Schlaganfall. Obductionsbefund: Grosser, bis zum Schläfenlappen reichender Erweiweichungsherd im linken Hinterhauptlappen. Sclerose der Gehirngefässe.

Dieser Fall hat mit dem vorhergehenden insofern einige Aehnlichkeit, als auch hier neben einer partiellen sensorischen Aphasie eine Paraphasie das Wesentliche des Krankheitsbildes ausmacht. Pat. war im Stande, zuweilen ganze Sätze richtig zu sprechen, um dann sofort wieder in eine vollkommen unverständliche, aus richtigen und verstümmelten Worten zusammengesetzte Redeweise zu verfallen. Meist verstand sie die an sie gerichteten Fragen, ohne aber in richtiger, sinnentsprechender Weise darauf antworten zu können.

Das Bestehen einer motorischen Aphasie ist bei dem verhältnissmässig reichen Wortvorrath, den Pat. noch besass, hier wohl nicht anzunehmen. Schwerere Störungen der Intelligenz bestanden nicht. Pat. gab, soweit dies ihre Sprachstörung und ihr Wortverständniss zuliess, theils mit Zuhilfenahme von Mimik und Gesticulationen meist der Frage entsprechende Antworten. Vorübergehend war ihr Vorstellungsinhalt durch Gehörshallucinationen gestört. — Die Krankheit begann plötzlich in der Nacht, so dass Pat. am Morgen mit der Sprachstörung und einer linksseitigen Lähmung erwachte. Letztere ging bald zurück, dagegen traten im Laufe der nächsten Woche wiederholt häufige Krämpfe ein, bestehend in Zuckungen, zuerst der linken, dann der rechten Seite, denen eine ebenfalls nach 14 Tagen wieder verschwindende Lähmung der rechten Seite folgte. Leider ist diesen letzteren Angaben kein voller Werth beizulegen, da dieselben nur von den Angehörigen der Kranken beobachtet wurden. Als Grundlage der aphasischen Störungen ist wohl, wie im vorhergehenden Falle, der Herd im linken Hinterhauptslappen anzusehen. Fälle von indirecter Hemiplegie, als eine solche ist die zuletzt bestandene rechtsseitige Hemiplegie in diesem Falle wohl aufzufassen, neben Aphasie bei Herderkrankungen im Occipitallappen sind auch von anderer Seite schon beschrieben worden (Walker bei Wernicke, Gehirnkrankheiten, S. 187).

Gehörs- oder Sehstörungen liessen sich nicht nachweisen. Als Ursache der Herderkrankung ist die Endarteriitis der Gehirngefässe, Theilerscheinung einer allgemeinen Atheromatose der Gefässe, anzusehen.

---

566) **v. Bergmann** (Berlin): Die chirurgische Behandlung von Gehirnkrankheiten. (Arch. f. kl. Chir. Bd. 36 p. 759.)

In einer grösseren Abhandlung geht der Verfasser die in der Literatur mitgetheilten Fälle von Gehirnaffectionen durch, die chirurgischer Behandlung unterworfen gewesen sind, und giebt zu gleicher

Zeit viele persönliche Beobachtungen. Er hebt hervor, dass der Chirurg sich selbst die Diagnose sichert und nicht blos blind auf die Aufforderung der Kliniker hin operirt, und opponirt stark gegen ein zu rasches Eingreifen, blos in der Hoffnung, ein oder das andre Pathologische zu finden. In drei Abschnitten behandelt er Hirnabscesse, Tumoren und die Epilepsie.

Mit Bezug auf erstere ist Trepanation absolut indicirt, wenn das Leben gerettet werden soll, da der natürliche Verlauf der Hirnsuppuration Durchbruch in den Ventrikel oder eine diffuse Meningitis ist. Wenn man die Nothwendigkeit der Trepanation in Zweifel zieht wegen der sog. Einkapselung des Abscesses oder wegen der Schwierigkeit der Diagnose, so legt B. kein grosses Gewicht hierauf, denn alle Hirnabscesse, mit Ausnahme der akuten, sind von einem festeren Gewebe umgeben, einer sog Kapsel, und die diagnostischen Schwierigkeiten sind nicht so bedeutend, wie es früher den Anschein hatte. Einen primären oder idiopathischen Hirnabscess findet man nicht, denn die Aetiologie bleibt das Hauptmoment für die Stellung der Diagnose. In dieser Hinsicht steht es fest, dass der Abscess sich entweder an eine Läsion anschliesst, die mit einer Vulneration der harten oder weichen Schädeldecke verbunden ist, oder an einen vorausgegangenen suppurativen Process im Schädel häufig ein suppuratives Ohrenleiden, endlich giebt es metastatische oder tuberkulöse Abcesse. Mit Bezug auf den traumatischen Process unterscheidet B. zwischen einem akuten korticalen Abscess, der unmittelbar unter der Wunde auftritt und sich in der Praxis schwer von einer diffusen, traumatischen, suppurativen Meningitis trennen lässt, und einer späteren Form, die sogar Monate nach der Läsion, immer unter der Cortex, nicht im Zusammenhang mit der oberflächlichen Wunde auftritt. Für die Beschaffenheit der Schädelläsionen selbst, denen ein Abscess folgen kann, ist es durchaus nicht nothwendig, dass der Schädel selbst oder das Hirn lädirt ist. Von nicht traumatischen Abscessen sind diejenigen die häufigsten, welche auf chronische Suppuration des Zwischenohrs folgen. In den meisten Fällen liegt der Abscess in der Hirnsubstanz, durch anscheinend gesundes Hirngewebe von dem verletzten Knochen getrennt, gewöhnlich tritt er im Temporallappen oder in einer der Kleinhirnhemisphären auf, am häufigsten an der erstgenannten Stelle, und mit Vorliebe auf Seite des kranken Ohres. Der Diagnose wegen muss daran erinnert werden, dass oft, durch suppurative Otitis, zu gleicher Zeit mit dem Abscess, purulente Meningitis und Sinnesthrombose auftritt.

Der Verlauf dieser Abscesse ist oft sehr schleichend und erschwert deshalb die Diagnose. Die Symptome zerfallen in drei Gruppen, zunächst diejenigen, die man direct auf Rechnung der Eiterung stellen kann, dann diejenigen, die durch den erhöhten intercraniellen Druck bedingt sind, und endlich die lokalen Symptome. Unter den ersteren Symptomen ist das hervorstechendste das Fieber, das oft remittirend, mit ausgesprochnen Exacerbationen auftritt, als zur nächsten Gruppe gehörig wird Kopfschmerz genannt, der auch proportionell

mit dem Fieber exacerbirt, sowie Schmerzen, hervorgerufen durch leichte Schädelperkussion. Andre Drucksymptome sind, wie bei den Tumoren selten, ausgenommen in den späteren Stadien des Abscesses. Die dritte Symptomgruppe hängt natürlich von Sitz und Richtung des Abscesses ab, in der die Rinde comprimirt wird, sie sind von besonderem Werth zur Bestimmung der Stelle des operativen Eingriffs. Es werden mehrere Fälle angeführt, wo der Sitz des Abscesses diagnosticirt und bei der Operation glücklich gefunden wurde. B. empfiehlt in Fällen, wo der Abscess seinen Ausgangspunkt im Auge hat, den Trepan an einer Stelle anzusetzen, die $4^1/_2$ Ctm. über dem Ende einer vom untersten Rand der Orbita bis 4 Ctm. hinter dem äusseren Gehörgang gezogenen Linie liegt, wobei man unter Vermeidung des Hauptzweigs der Art. meningea media den Temporallappen trifft; B. zieht zur Trepanation den Meissel vor und ist für eine grosse Oeffnung mit Drainage.

Die Chancen der Tumoren-Operationen hält B. für ungünstiger; nur eingekapselte Tumoren können entfernt werden.

An 100 Fällen von Tumoren des Guy-Hospital waren 9 operabel; und so oft auch der Sitz des Tumors gut zu diagnostiren ist, ist seine Grösse und die Frage, ob er diffus ist oder nicht, was chirurgisch wichtig ist, oft nicht festzustellen. Auch die Gefahren bei Operation abgekapselter Tumoren sind bedeutend, besonders bei der Möglichkeit acuten, schnell letal verlaufenden Hirnoedems Bei vorgeschrittenen Fällen, bei Bewusstlosigkeit widerräth B. die Operation.

Bei Epilepsie empfiehlt B. die Operation nur in solchen Fällen, wo die von Jackson gegebene Schilderung deutlich für den corticalen Sitz der Läsion spsicht. Kurella (Ahrweiler).

---

567) **James Little**: Behandlung der Migräne.
(Dubl. Journal. Juli 1888.)

Während die typischen Anfälle von Migräne mit Sehstörungen, Hemikranie und Uebelkeit kein sehr allgemeines Leiden sind, trifft man sehr häufig Patienten mit Kopfschmerzen, die die Betreffenden oft arbeitsunfähig machen, und die derselben Natur zu sein scheinen, wie die erwähnte Migräne. Der Kopfschmerz tritt in verschiedenen Zwischenräumen auf, manchmal nur 3—4 Mal im Jahre, in anderen Fällen zwei bis dreimal wöchentlich. Er wird als ein dumpfer Schmerz beschrieben, der den Patienten unfähig macht, sich irgend etwas vorzunehmen, und der besonders am Morgen auftritt. Manchmal verschwindet der Kopfschmerz nach dem Frühstück, in den weitaus häufigeren Fällen jedoch kann der Patient nichts geniessen, ohne den Schmerz zu verschlimmern. Im Lauf des Tages stellen sich plötzliche Anfälle von Uebelkeit und Aufstossen ein, gegen Abend fällt der Patient meist in Schlaf und ist am nächsten Tage bis auf eine gewisse Mattigkeit wieder hergestellt. Bei einigen dieser Anfälle wird der Schmerz nur über der rechten Augenbraue gefühlt, und den nächsten Tag tritt er dann über dem anderen Auge auf, statt ganz zu verschwinden. Die Patienten sowohl wie ihre Aerzte bringen den

Kopfschmerz häufig in Verbindung mit der Verdauung, und richten in folgedessen ihre Behandlung gegen Verdauungsstörungen, aber nach der Ansicht des Verfassers ohne Erfolg.

Diejenige Behandlung, welche der Verfasser für die geeignetste hält, ist folgende: viel Bewegung in freier Luft, nahrhafte Diät, des Morgens warme Waschungen mit einem grossen Schwamm, und kalte Douchen über Schultern und Rücken. Thee darf nur sparsam genossen werden. Was die Medicamente betrifft, so hat der Verfasser die besten Erfolge mit Pillen erzielt, aus $^1/_2$ Mllgr. Arsenik, 1 Millgr. Extract. cannabis indicae, 2 Centigramm Extr Belladonnae und 10 Centigramm Zinc. valerian. Nach dem Frühstück und Mittag wird je eine Pille genommen.

Bis vor ein paar Jahren hielt es der Verfasser für unmöglich, den Anfall selbst zu unterdrücken, wenn sich der Patient auch mit einem oder dem anderen Mittel Linderung verschaffen konnte.

Diejenigen, welche am Abend, eh der Kopfschmerz sich einstellt, Vorboten haben, scheinen ihm manchmal durch eine am Abend eingenommene, starke Dosis Bromkalium entgehen zu können. Andern scheint es, dass das Coffein citr. eine plötzliche Wirkung ausübte, einige meinen, dass Essig oder Citronensaft die Uebelkeit unterdrückt. Während der letzten Jahren jedoch hat der Verfasser Natr. salicyl. angewendet, und empfiehlt es warm. Im Allgemeinen räth er dem Patienten, wenn er des Morgens Kopfschmerz spürt, 1,20 Gramm davon in einem Weinglase voll Wasser zu nehmen, das durch einen Theelöffel voll granulirtem Coffein citr. moussirend gemacht ist.

Sollte es nothwendig sein, so wird die Dosis nach 2 Stunden wiederholt. Das Coffeinsalz macht das Medicament leicht einzunehmen, hilft auch vielleicht noch etwas. Die Behandlung scheint ihre Wirksamkeit nicht durch die Zeit zu verlieren, jedenfalls giebt es unter den Patienten des Verf. einen, dem er dies Medicament vor 2 Jahren verordnet hat, und der angiebt, dass es jetzt noch ebenso gut wirkte, wie anfangs. 3 Krankheitsgeschichten werden als Illustration der vorzüglichen Wirkung mitgetheilt. Kurella (Ahrweiler).

568) **v. Krafft-Ebing**: Gehirnverletzung mit bleibender Schwächung der Sprache (Aphasie) und des Geistes. Gutachten. (Friedr. Bl. f. ger. Med. u. s. w. 39. Jahrg. 3. Heft. Mai und Juni.)

Akten. A. R., 16 J. alt, wird am 17. 3. 1887 von F. S. in L. durch einen Schlag in die linke Schläfe mit einer Wagenkipfe zu Boden geschlagen. Danach Erbrechen und 8 tägige Bewusstlosigkeit. Sugillation und anscheinend Knochendepression in der linken Schläfen-Scheitelbein-Gegend. Zunge deviirt nach links. Pupillen eng, Lichtscheu, Stöhnen. Patient muss 4 Wochen das Bett hüten und bleibt geistes- und gedächtnisschwach. Seine Schulzeugnisse sind gut.

26. 5. 1887. Hauptverhandlung, welche hochgradigen Schwachsinn ergiebt und behufs späteren Gutachtens vertagt wird.

22. 10. Letzte gerichtsärztliche Exploration. R. kann einfache Multiplikationen nicht leisten, leidet an amnestischer Aphasie und Pa-

raphasie, Alexie und Agraphie. Laut zu lesen ist ihm unmöglich. Alltägliche Aufträge verrichtet er korrekt, ist also nicht worttaub und nicht apraktisch. Die linke Schläfen- und Scheitelbein-Gegend ist auf Beklopfen schmerzhaft. Der Schlaf ist gut. Hörweite rechts 10, links 5 Ctm. Knochenleitung fehlt links. Kniesehnenreflex rechts stärker, als links.

Gutachten. A. R. hat in Folge der Verletzung Schwächung des geistigen Vermögens erlitten, ausserdem besteht theilweiser Verlust des Gedächtnisses für Worte und Schriftzeichen. Der Ausfall erklärt sich aus der Verletzung von Hirntheilen, die unter dem linken Schläfenbein ihren Sitz haben. Die Prognose ist ungünstig. Das Gehirn ist organisch geschädigt und dem chronischen Erkranken ausgesetzt.

Schlussverhandlung 7. 12. 1887. F. S. wird zu längerer Freiheitsstrafe verurtheilt. Landsberg (Ostrowo).

---

569) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Gefährliche Drohungen, begangen in einem Zustande krankhafter Bewusstlosigkeit auf hysterisch-epileptischer Grundlage. Gutachten. (Friedreich's Bl. f. ger. Med. u. s. w. 39. Jahrg. 3. Heft. Mai u. Juni.)

Acten. Frau Sz. macht den 24. 3. 1887 polizeiliche Anzeige, dass ihre frühere Dienerin Barbara V. vor einer Anderen gefährliche Drohungen gegen sie ausgestossen habe. Die Zeugin bestätigt diese Angabe. Die V. hat die Sz. früher auf der Strasse insultirt und zu Boden geworfen, dann auf der Polizei excedirt und Fenster demolirt. Im Krankenhause wird festgestellt, dass die V. Anfang 1885 an schwerem Gelenkrheumatismus mit Herzcomplication gelitten hat und von da höchst reizbar und aufgeregt ist, auch schon früher nervös war. Pat. zeigt psychischen Ausnahmezustand mit schreckhaftem Delir auf hysterischer Basis, Tags darauf ist sie klar. Mitralinsufficenz. Verhaftet, gibt sie an, uneheliches Kind zu sein und stellt alle Strafthaten in Abrede. Nachts einstündiger Anfall von Krämpfen, Delir und Aufgeregtheit.

Gerichtsärztliche Exploration 29. 3. 1887. Die V. ist lucid und vernünftig. Sie sei seit dem Schreck über einen Hundebiss krampfkrank. Amnesie für die Bedrohung und Anfälle. Sie glaubt sich im Bezirksgericht und geräth, als sie auf Geheiss behufs Orientirung den Schlossberg ansieht, in den psychischen Ausnahmezustand, oft nach der rechten Ovarialgegend greifend und mit der trockenen Zunge an den Lippen herumtastend.

30. 5. Ruhe. Abends beginnt wieder das Delir und hält den 31. an, wobei sie Personen verkennt.

Gutachten. 1. Barbara V. ist zu Neurosen sehr disponirt.

2. Seit schwerer fieberhafter Allgemeinaffection mit zurückbleibendem Herzleiden besteht schwere hysterische Neurose mit den oben geschilderten Anfällen, die meist durch Gemüthsbewegungen hervorgerufen werden.

3. Solche hystero-epileptische Kranke handeln anscheinend bewusst und stellen wegen Amnesie ihre Handlungen in Abrede. In

solchem psychischen Ausnahmezustande hat die V. die gefährlichen Drohungen ausgestossen.

4. Explorata ist zur Zeit schwer geistig und körperlich leidend und bedarf der Behandlung in einer Humanitätsanstalt. Das Verfahren wurde eingestellt. Landsberg (Ostrowo).

IV. Feuilleton.

Geisteskrankheit und bürgerliches Recht.

Die Geisteskranken in dem Entwurf des bürgerlichen Gesetzbuches für das deutsche Reich war das interessante Thema, das Prof. Mendel in der letzten Sitzung des *psychiatrischen Vereins* behandelte.

Vortr. sprach zuerst über den § 28 des Entwurfs: „Eine Person, welche des Vernunftgebrauchs beraubt ist, kann wegen Geisteskrankheit entmündigt werden. Hört der im ersten Absatz bezeichnete Zustand auf, so ist die Entmündigung wieder aufzuheben“. — Diese Fassung enthalte allerdings einen wesentlichen Fortschritt sowohl gegen die betreffenden Paragraphen des „Allg. Preuss. Landrechts“, wie gegen das französische Recht (das in den Rheinlanden gilt), weil sie jede Scheidung zwischen verschiedenen Zuständen und Graden der Geisteskrankheit im gesetzlichen Sinne beseitige und durch den Ausdruck „Eine Person“ auch bei Minderjährigen die Entmündigung zulasse. Dagegen sei es zu bedauern, dass der Entwurf den Ausdruck „welche des Vernunftgebrauchs beraubt sind“ aus den bisher bestehenden Gesetzen aufgenommen habe, denn jeder Versuch einer Definition der Geisteskrankheit im gesetzlichen Sinne erscheine um so aussichtsloser, als selbst die Psychiater noch zu keiner allgemein anerkannten ärztlichen Definition dieser Krankheit gelangt seien. Weder in den Quellen und Commentaren, noch in der Philosophie und im Sprachgebrauch des Volkes lasse sich eine brauchbare Definition für die Zwecke der Gesetzgebung finden. Und die psychiatrische Wissenschaft müsse den Ausdruck entschieden zurückweisen, denn sie spreche nicht von einer krankhaften Affection der Vernunft, sondern von krankhaften Störungen in der inneren Sinneswahrnehmung (Hallucinationen), in der Gemüthssphäre, in der Intelligenz und im Bewusstsein. Vortr. schlug daher folgende Fassung des § 28 vor: „Eine Person, welche an einer *Geisteskrankheit* leidet, *kann* entmündigt werden.“ Sollten aber die Juristen noch eine bestimmte Beziehung der Geisteskrankheit im Civilrecht zur Geschäftsfähigkeit verlangen, wie man sie im Strafrecht durch die Einschaltung des Ausschlusses der freien Willensbestimmung zu der unter Anklage stehenden Handlung gefordert habe, so würde sich folgende Fassung ergeben: „Eine Person, welche wegen Geisteskrankheit nicht im Stande ist, für sich oder ihr Vermögen gehörig zu sorgen, kann entmündigt werden“. Im Anschluss hieran behandelte der Vortr. die „*blosse Geistesschwäche*“. Nach § 17 39 des Entwurfs kann ein Volljähriger, welcher durch seinen *geistigen* oder körperlichen Zustand ganz oder theilweise verhindert ist, seine Vermögensangele-

genheiten zu besorgen, hierzu, auch wenn die Voraussetzungen einer Bevormundung nicht vorliegen, einen Pfleger erhalten. Die Anordnung der Pflegschaft soll nur mit Einwilligung des Verhinderten erfolgen, es sei denn, dass eine Verständigung mit demselben nicht möglich ist. Die Motive zu § 28 sprechen von „blosser Geistesschwäche", „ungenügender Entwickelung der geistigen Kraft" im Gegensatz zum „Mangel der Fähigkeit regelrechter Willensbestimmung". Beim Geistesschwachen soll die natürliche Geschäftsfähigkeit nicht ausgeschlossen und deshalb kein Grund vorhanden sein zu einer Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder zu einer Vormundschaft. Dass der Pflegebefohlene, der geschäftsfähig bleibt, durch seine Handlungen in die Verwaltung des Pflegers störend eingreifen könne, befürchten die Motive nicht, weil die Anordnung der Pflegschaft nur mit Einwilligung des Gebrechlichen erfolgen soll, es sei denn, dass eine Verständigung nicht möglich ist. Die hier niedergelegten Anschauungen entsprächen, wie Prof. Mendel ausführte, den Erfahrungen der psychiatrischen Wissenschaft nicht. Die *Geistesschwäche*, nicht zu verwechseln mit der ungenügenden Entwickelung der geistigen Kräfte, *sei eine Form der Geisteskrankheit.* Von allen Geisteskranken seien es gerade die Geistesschwachen, welche am dringendsten der Vormundschaft bedürften. Werde der § 28 in der einen oder der anderen der vom Vortr. angegebenen Fassungen angenommen, dann werde es Sache der Sachverständigen sein, im concreten Falle dem Richter die Materialien zu unterbreiten, aus denen der Letztere die Ueberzeugung gewinnen könne, dass dem Schwachsinnigen die Vormundschaft noth thue, und das Wort „geistigen" im § 17 39 würde dann wegfallen. Ueber die Geschäftsfähigkeit oder -Unfähigkeit handelt § 64. „Eine Person, welche im Kindesalter steht, ist geschäftsunfähig. Dasselbe gilt von einer Person, welche des Vernunftgebrauches, wenn auch nur vorübergehend, beraubt ist, für die Dauer dieses Zustandes; ingleichen von einer Person, welche wegen Geisteskrankheit entmündigt ist, so lange die Entmündigung besteht. Willenserklärungen geschäftsunfähiger Personen sind nichtig". Prof. Mendel erklärte sich mit der Fassung des Paragraphen, so weit er von den Entmündigten spreche, einverstanden. Bezüglich der Nichtentmündigten sei nicht einzusehen, warum nicht derselbe Wortlaut wie in dem entsprechenden § 51 des D. Str.-Ges.-B. angewendet sei: Dasselbe gilt von einer Person, welche, wenn auch nur vorübergehend, in einem Zustand von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit sich befindet, für die Dauer dieses Zustandes". Der § 64 hat gleichzeitig Bezug auf die so wichtige Frage der „lucida intervalla". Die Motive zu § 64 sagen, so bemerkte hier Vortr. ganz zutreffend: „Wer sich darauf beruft, dass eine Person wegen Mangels des Vernunftgebrauchs zu einer gewissen Zeit geschäftsunfähig gewesen sei, muss diese die regelmässige Wirksamkeit der Willenserklärung ausschliessende Thatsache beweisen". Sei die Entmündigung einmal ausgesprochen, dann gebe es für die Dauer der Entmündigung kein lucidum intervallum. Die Härte, welche man mit Rücksicht auf gewisse Fälle psychiatrischerseits hierin finden könnte, werde beseitigt

durch das schnelle Verfahren unserer Civilprozessordnung, wodurch es ermöglicht werde, dass ein Kranker mit längeren Intervallen während derselben zur Aufhebung der Entmündignng kommen könnte. Nach § 708 des Entwurfs ist eine Person, welche des Vernunftgebrauchs beraubt war, für einen einem Anderen zugefügten Schaden verantwortlich zu machen, wenn der Vernunftgebrauch durch selbstverschuldete Trunkenheit ausgeschlossen war. Es erinnere, bemerkt der Redner, dieser Passus an die Versuche des Bundesraths, im Reichstag eine Aenderung des § 51 des deutschen Strafgesetzbuches in der Art herbeizuführen, dass die Trunkenheit, auch wenn sie Bewusstlosigkeit hervorgebracht hat, nicht als Strafausschliessungsgrund zu betrachten sei. Diese Versuche scheiterten bekanntlich, und es sei nicht einzusehen, warum im bürgerlichen Rechte das gelten solle, was das Strafrecht nicht angenommen habe. Wolle man überhaupt die krankhaften Zustände von Bewusstlosigkeit und die Geisteskrankheit in Bezug auf die rechtlichen Folgen nach den Ursachen abmessen, so müssten auch die Morphiumsüchtigen und die Syphilitischen, die durch die durch die Syphilis bedingte Hirnkrankheit geisteskrank werden, ebenso in eine Ausnahmestellung gebracht werden, wie die Alcoholisten. Zum Schluss streifte Vortr. noch den § 141 40, auf Grund dessen der bisher nach dem „Allg. Landrecht“ als Scheidungsgrund bestehende unheilbare Wahnsinn eines Ehegatten als Scheidungsgrund aufgehoben werde und überhaupt auf Grund einer Krankheit eine Ehescheidung nicht mehr stattfinde. Die Erfahrung der Irrenärzte, speciell die Betrachtungen in den Irrenanstalten, würden, schloss Mendel, kaum einer Aenderung der im Gebiete des „Allg. Landrechts“ nach dieser Seite hin bestehenden Gesetzgebung das Wort reden. („M. Z“.)

I. Jahrgang unseres Centralblattes!

Die Nachfragen nach dem längst vergriffenen ersten Jahrgang unseres Centralblattes (1878) haben in der letzten Zeit so zugenommen, dass dem Plane eines Nachdruckes nähergetreten werden soll, wenn die genügende Zahl von Exemplaren des ersten Jahrgang vorher fest bestellt wird. Der Jahrgang wird zu M. 6 bis 7 geliefert werden. Feste Bestellungen, die zur Abnahme und Zahlung binden, sind an die Verlagsbuchhandlung von **Th. Thomas** oder an mich zu richten.

Dr. Erlenmeyer.

Während einer mehrwöchentlichen Abwesenheit wird mich Herr **Dr. Kurella** zu **Ahrweiler** in der Redaction vertreten. Ich bitte ganz ergebenst alle Beiträge für das Centralblatt an den genannten Herrn einsenden zu wollen.

Dr. Erlenmeyer.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig. Druck von **Philipp Werle** in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. 15. August 1888. Nro. 16.

Inhalt.

I. Referate und Kritiken. **Benda**: Eine neue Härtungsmethode, besonders für das Centralnervensystem. **Rossbach** und **Sehrwald**: Ueber die Lymphwege des Gehirns. **Jelgersma**: Ursprung des n. acusticus. **Münsterberg**: Die Willenshandlung. Ein Beitrag zur physiologischen Psychologie. **Hückel**: Die Rolle der Suggestion bei gewissen Erscheinungen der Hysterie und des Hypnotismus. **Bollaan**: Die Hypnose in der Praxis. **Vizioli**: Die Suggestions-Therapie. **Wolfenden u. Williams**: Ueber den Rythmus und Character gewisser Tremorarten. **Schweinitz**: Untersuchung der Augen in 50 Fällen von Chorea bei Kindern. **Mond u. Reboul**: Beitrag zum schmerzlosen Panaritium. (Morvan'sche Krankheit.) **Desguin**: Propositions sur le nervosisme soumises à la société de méd. ment. **Ventra**: Diagnostische Bedeutung der Jackson'schen Epilepsie. **Barrie**: Trepanation wegen Rindenerkrankung. **Starr**: Pathologie und Symptomatologie der Syringomyelia. **Schönfeldt**: Ueber multiple Hirn-Rückenmarkssklerose nebst Angabe zweier Fälle bei Kindern nach Diphtherie. **Focke**: Ueber die Bedeutung des Schrecks für die Aetiologie der multiplen Sclerose. **Bourgougnon**: Ein Fremdkörper in dem Ohre eines 4jährigen Kindes; Symptome ähnlich denen einer Meningitis. **Phillips**: 14 Jahre in der Orbita vorhanden gewesene Schrotkörner; Arachnitis. **Lumbroso**: Hysterische Facialislähmung. **Lees**: Zwei Fälle von Hysterie bei Knaben. **Boubila** und **Hadjès**: Therapeutische Wirkung des Methylal. **Jamison**: Antipyrin als ein Anodynum. **Savage**: General Paralysis of the Insane simulating cerebral tumour. **Sgrosso**: Augenaffectionen und Sehstörungen bei progr. Paralyse. **Strahan**: Melancholia. **Peeters**: La situation actuelle du patronage familial des aliénés. Jahresbericht der Provinzial-Anstalt Nocera für 1887. **Nötel**: Bericht über die Provinzial-Irren-Anstalt Andernach in den Jahren 1880—1887. **Kirn**: Ueber die Psychosen in der Einzelhaft. **Aubry**: La contagion du meurtre. **Maudsley**: Remarks on crime and criminals. **Krauss**: Zur Kenntniss der Brandstifter.

II. Aus den Vereinen. Opthalmological Society of the united Kingdom.

III. Feuilleton. Aerzte und Verwaltung der Anstalt Voorburg.

I. Referate und Kritiken.

570) **Carl Benda**: Eine neue Härtungsmethode, besonders für das Centralnervensystem. (Centralbl. für die med. Wissensch. 1888. Nro. 26.)

Verf. beschreibt seine neue Härtungsmethode folgendermassen: „Die Organstücke resp. Organe bis zur Grösse eines grossen Hundegehirns kommen auf 24—48 Stunden in eine 10 proc. wässrige Lösung der officinellen reinen Salpetersäure, dann *ohne* weitere Waschung in eine Lösung von Kalibichromat, die in der Weise dargestellt wird, dass 1 Vol. einer kaltgesättigten Lösung dieses Salzes mit 2 Vol.

Wasser verdünnt werden. Das erste Quantum wird nach einigen Stunden erneuert, man steigert die Concentration der Chromsalzlösung bis auf 1 Vol. zu 1 Vol. Wasser. Für Gehirn und Rückenmark sind zur Durchdringung der Chromsalzlösung 8 Tage erforderlich und Bruttemperatur empfehlenswerth".

Verf. rühmt die brillante Darstellung des Verlaufes von markhaltigen und marklosen Fasern, sowie die Ganglienzellenstructuren, die durch Färbungen mit Haematoxylin etc. erzielt wurde.

Goldstein (Aachen).

---

571) **M. J. Rossbach** und **E. Sehrwald** (Jena): Ueber die Lymphwege des Gehirns. (Centralbl. f. die med. Wissenschaften Nro. 25 u. 26. 1888)

Die Verf. fanden, indem sie an Menschen- und Thierhirnen ihre Untersuchungen anstellten, in der grauen Substanz 3 Systeme von Lymphwegen.

1) Die gewöhnlich als Kunstprodukte erklärten perivasculären His'schen Räume, welche wirklich existiren (Arndt) und für die Lymphströmung im Gehirn von grosser Bedeutung sind. Unterbanden die Verf. einem Thiere den grössten Theil der Halsvenen bei erhaltenem Blutzufluss zum Gehirn, so ergab das Stangehirn bei Osmiumsäurehärtung die Existenz der genannten Räume.

2) Ein der Ernährung der Ganglienzellen dienendes Lymphsystem, das als Mittelpunkt den sog. perigangliönären Lymphraum hat. In denselben ergiessen sich viele Lymphkanälchen, die sehr fein an Gefässen und an Glialymphräumen entspringen, oft tief aus der weissen Substanz heraus kommen.

Die abführenden Lymphwege schliessen sich an den sog. Spitzenfortsatz (Protoplasmafortsatz Deiters) an, laufen eine weite Strecke mit ihm, ihn wie eine Scheide umhüllend, verlassen ihn und münden in einen perivasculären Raum oder in oberflächliche Glialymphräume oder direkt in den epicerebralen Raum.

Das Lymphsystem einer jeden einzelnen Ganglienzelle hat absolut keinen Zusammenhang mit denen der benachbarten Ganglienzellen.

3) Ein die Gliazellen umspinnendes System, welches vor allem die Gliazellen in der äussersten Schicht der Hirnrinde und diejenigen in der Nähe der weissen Substanz umgibt. Wir finden demnach zwei Hauptreihen solcher Lymphlücken, die zum Theil feinere, zum Theil gröbere Ausläufer aufweisen und vorwiegend in die perivasculären Lymphräume und in den epicerebralen Raum münden und oft zwischen die perivasculären Lymphbahnen und die Lymphbahnen der Ganglienzellen eingeschaltet sind. —

Die Golgi'sche Methode diente zur Auffindung dieser feinsten Lymphnetze. Dieselbe ist nicht nur eine Färbemethode, sondern vielmehr eine Methode, durch welche lymphführende Bahnen und Räume des Gehirns mit dunkeln, amorphen oder krystallinischen Massen erfüllt und dadurch auf das deutlichste sichtbar gemacht werden. —

Die zum Beweise hierfür gemachten Beobachtungen, die sich auf Präparaten des Verf. und solche von Golgi selbst stützen, möge man im Originale nachlesen. Die complicirte Einrichtung der Lymphwege in der grauen Substanz des Gehirns scheint darauf hinzuwirken, die Ganglienzellen und die Axencylinder vor Druckwirkungen, vor Zerrung, sowie vor einer zu raschen Vorbeiflutung des Lymphstromes zu schützen. Deshalb hängen die Ganglienzellen in flüssigkeitsgefüllten Räumen, deshalb verlaufen die Axencylinderfortsätze mitten in flüssigkeitsgefüllten, glatten Kanälen wahrscheinlich so weit, bis sie von der Markhülle umgeben werden, desshalb hängen diese Zellen an vielen, sanft bogig verlaufenden Fortsätzen von Lymphe bespült in dem Gliagewebe. Zum Schutz der Ganglienzellen trägt ferner der Umstand bei, dass die Lymphflüssigkeit aus zum Theil nahen zum Theil weit herkommenden Gefässen stammt. Ferner, dass die Abflusswege, die vom Spitzenfortsatz ausgehen, nicht in ein und dasselbe Lymphsammelbecken ausmünden. Zugleich ist aber dadurch, dass sämmtliche von einer Ganglienzelle abgehenden Nervenfasern von ein und derselben Flüssigkeit bespült werden und unter gleichem, niedrigen Druck stehen für die gleichartige Ernährung der Ganglienzellen und ihrer Axencylinderfortsätze gesorgt.

Goldstein (Aachen).

---

572) **G. Jelgersma**: De oorsprong van den nervus acusticus. (Ursprung des N. acusticus.)

(Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde 1887, Nro. 17.)

Der n. acusticus entspringt aus der med. oblong. mit zwei Wurzeln, einer dorsalen, mit feinen Fasern, dem n. cochleae, und einer ventralen, dickfasrigen, dem n. vestibularis, letztere erhält früher seine Markscheiden; die striae acusticae sind Fasern zwischen dem primären Acusticuskern und centraler gelegenen Ganglien; wahrscheinlich hat der Hörnerv auch eine, den Deiters'schen Kern medial vom corp. restiforme durchsetzende, spinale Wurzel.

Edinger beschreibt als eine der Acusticuswurzeln eine aus dem Dachkern medial vom nucl. dentatus verlaufende Bahn; wahrscheinlich handelt es sich um eine Verbindung des primären Kerns mit dem Kleinhirn. Sichergestellt ist dagegen der Ursprung des n. cochleae aus dem nucleus accessorius, während ein Theil seiner Fasern aus dem tubercul. acusticum entspringen, einem Organ, das beim Menschen viel geringer als bei andern, niederen, Säugethieren entwickelt ist. Ueber den Ursprung des n. vestibularis giebt die heutige Methodik keinen klaren Aufschluss; wahrscheinlich entspringt er aus grauer Substanz am Boden des IV. Ventrikels, ventral von den pedunculi cerebelli ad cerebrum. Bechterew nimmt an, dass der vestibularis eine aufsteigende, und eine aus einem grauen Kern dicht an der lateralen Kante des IV. Ventrikels entspringende Wurzel besitzt, aus welchem Kern ein Bündel im medialen Theil des corp. restiforme nach dem nucl. globosus und dem nucl. tecti des Kleinhirns zieht.

Nach B. zieht ferner eine der beiden Wurzeln des n. cochleae durch den nucl. accessorius um die laterale Seite des corp. restiforme,

durch die Raphe hindurch nach einem nahe der Raphe liegenden Kern der gekreuzten Seite.

Die centralen Fortsetzungen des Acusticus über seine primären Centren hinaus und ihre Bedeutung sind bis jetzt wenig bekannt. Eine Reihe neuerer Untersuchungen sprechen dafür, dass die hinteren Zweihügel und das corp. geniculatum internum zum Acusticus in demselben Verhältniss stehen, wie die vorderen Zweihügel und das corp. geniculatum externum zum n. opticus.

Dementsprechend sah Monakow nach Exstirpation der cortical. Hörsphäre bei neugeborenen Kätzchen Atrophie im Stabkranz, dem corp. geniculatum internum, dem brachium und corp. quadrigeminum posterius auftreten; vergleichend anatomische Befunde, besonders bei Cetaceen, zeigen einen Parallelismus in der Entwicklung der aufgeführten Acusticus-Centren und des corp. trapezoideum, welches ausser directen Fortsetzungen von Acusticus-Fasern Verbindungen zwischen den beiden Acusticuskernen, solche des nucl. accessorius mit mehr centralen Ganglien, der oberen Olive mit dem Grosshirn enthält. Der Antheil des corp. trapezoid. aus dem n. accessorius verbindet sich mit beiden oberen Oliven, und durch diese mit dem Kleinhirn; letztere Bahn läuft durch die Raphe und durch das corp. restiforme nach dem Kleinhirn-Dachkern derselben, und zum Theil durch die commissura cerebelli anterior nach dem Dachkern der anderen Seite.

Kurella (Ahrweiler).

---

573) **H. Münsterberg:** Die Willenshandlung. Ein Beitrag zur physiologischen Psychologie. (Freiburg 1888. J. B. Mohr. 163 S.)

Die Schrift behandelt unter einem Titel, der weniger erwarten lässt, die gesammte Psychologie des Willens und den psychologischen Mechanismus der Willenshandlung. Eine sehr eingehende Schilderung erfährt dabei die Entwicklung der sog. Innervationsgefühle, und der Bewegungsvorstellungen, die bekanntlich bei den Hauptforschern auf dem Gebiet der Rindenphysiologie eine so verschiedene Auffassung gefunden hatten. Die Anschauungen von Bain und Wundt über die fundamentale Bedeutung des Willens als des eigentlich activen Elements des Seelenlebens erfahren eine eingehende Kritik, wenn auch mehr in der Darlegung der thatsächlichen Verhältnisse, als in eigentlicher Polemik. Das wesentlichste Resultat dieser Schrift scheint die Darlegung zu sein, dass zwischen der Vorstellung einer auszuführenden Handlung und ihres Zweckes und zwischen der Innervation der zur Ausführung nöthigen Muskelgruppe durchaus kein metaphysisches oder physiologisches Zwischenglied steckt, was man als Wille bezeichnen könnte und dass das von uns als „Wille“ wahrgenommene nichts ist, als ein Complex von Empfindungen, der bei der schnellen Zeitfolge der ihn zusammensetzenden Elementarempfindungen sich unserm Bewusstsein als etwas eigenartiges, von anderen Empfindungscomplexen, verschiedenes darstellt. Die Darlegung dieser Auffassung würde erheblich an Verständlichkeit gewonnen haben, wenn der Autor durch einige schematische Zeichnungen den Zusammenhang der bei der Wil-

lenshandlung in Anspruch genommenen Nervenbahnen dargestellt hätte. Die Schrift würde dann auch einem Publikum zugänglich sein, bei dem die Kenntniss des Faserverlaufs im Centralnervensystem und die Topographie der Hirnrindenfunctionen nicht ohne weiteres vorausgesetzt werden darf. Indess deutet das Vorwort an, dass der Verfasser diese Darstellung des centralen Mechanismus von vorn herein beabsichtigt, im weiteren Verlauf der Arbeit jedoch für ein grösseres Werk vorbehalten hat. Die geistvolle Anwendung descendenztheoretischer Prinzipien auf das Problem der Entwicklung der Willenshandlung und den bemerkenswerthen Versuch, die Reflexe als rudimentäre Willenshandlungen darzustellen, will ich nur im Vorübergehen streifen. Es ist sehr bemerkenswerth, dass die neueste Prüfung der sog. einfachen Reaction durch Ludwig Lange*) in ihren Resultaten schon in der Darstellung M.'s vorausgenommen ist. Die übliche Eintheilung der psychologischen Elemente in Empfindung, Gefühl und Wollen ist durch die M'schen Untersuchungen von neuem schwer erschüttert worden. Kurella (Ahrweiler).

574) **A. Hückel** (Tübingen): Die Rolle der Suggestion bei gewissen Erscheinungen der Hysterie und des Hypnotismus.
(Jena, Fischer 1888. 72 S.)

Die kleine Schrift gehört zu dem Klarsten und Besten was über Hypnotismus und Suggestion geschrieben worden ist; die Anschauungen des Verfassers beruhen auf eigenen Beobachtungen und Versuchen, wie auf umfassender Literatur-Kenntniss, und zeichnen sich durch Klarheit, Einfachheit, Bestimmtheit und Schärfe auf das Vortheilhafteste von den Offenbarungen der Pariser und Nancyer Hypnotiseure aus. Besonders wohlthuend berührt die Feinheit psychologischer Beobachtung; H. setzt überzeugend auseinander, dass Hypnotismus und Suggestion, weit entfernt, der Hirnphysiologie neue Methoden und Thatsachen zu liefern, zunächst mehr der psychologischen als der physiologischen Erforschung zugänglich sind.

H. führt die meisten der in der Literatur berichteten Wunder der Hypnose auf Suggestion oder Autosuggestion zurück und sagt mit Recht, „meist ist der Hypnotiseur zugleich Schöpfer der Wunder, die er beobachtet.“ „Ob einer Suggestion überhaupt Widerstand geleistet werden kann, hängt einmal ab von zeitlich wechselnden Dispositionen und Stimmungen, ferner aber noch von den individuell so verschiedenen Graden von Selbstständigkeit im Denken und Handeln, dann von dem je nach dem Character der Personen so sehr wechselnden Verhältnisse der niederen psychischen Functionen zu den über ihnen stehenden Verstandeskräften.“

Wir können die kleine Schrift dem Leser nur auf's dringendste empfehlen, da sie das in hohem Maasse besitzt, was gewissen Herren

*) Philosophische Studien IV. 4. S. dieses Cantralbl. 1888. 417.

durch das viele Hypnotisiren, nach der Analogie der folie à deux, abhanden gekommen ist, Besonnenheit und kritisch-wissenschaftliche Denkrichtung. Kurella (Ahrweiler).

---

575) **Bollaan** (Tiel): De hypnose in de practijk. (Die Hypnose in der Praxis.) (Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde Nro. 17. 1888.)

Verf. ergeht sich in enthusiastischer Anpreisung der Suggestion nach Bernheim, gleichviel, ob Hypnose vorausgeht oder nicht. Er fügt nun den 105 von Bernheim erfolgreich behandelten Fällen 11 andere eigner Beobachtung hinzu. B. fing damit an, nach der Aufnahme der Anamnese den Patienten mitzutheilen, dass bei ihnen Hypnose indicirt wäre, dass sie davon nichts zu fürchten hätten, und sich ruhig dem Gefühl von Schlaf, das sie befallen würde, überlassen sollten. „Man blickt dann der Person stark in die Augen und suggerirt alle Symptome des gewöhnlichen Schlafs, schnell fallen die Augen zu, und meist genügt dann der kurze und kräftige Befehl, durchzuschlafen, um den Patienten beliebig lange in diesem Zustande bleiben zu lassen".

Der erste Fall ist Hemichorea bei einem 10 jährigen Mädchen; Heilung nach 17 maliger täglicher Hypnose. Der Erfolg bestand noch 18 Tage (!) nach dem Aussetzen der Behandlung.

Im zweiten Falle verschwand eine hysterische Ischias und zahlreiche andre Beschwerden nach 13 Sitzungen. Im dritten Falle blieben hysteroepileptische Anfälle nach 5 Sitzungen aus. Fall 8 soll der Merkwürdigkeit wegen in extenso mitgetheilt werden:

„Frau X., 24 Jahre alt, ist mit einem meiner Schulfreunde verheirathet; die Ehe ist nicht glücklich, er klagt darüber, dass die Frau ihn mit allerlei Nichtigkeiten plagt, wie das eben nur Frauen können. Am 11. December erscheint sie bei mir; keine Andeutung irgend welcher hysterischen Stigmata. Geringe Magenbeschwerden bilden den Ausgangspunct, von wo aus sie „in die Beichte" genommen wird. Sie bekennt aus Lust zum plagen den Mann geplagt zu haben, wo es anging. Ich bringe sie in Hypnose, nach 1 oder 2 Sitzungen folgt ein regelmässiger Schlaf, Anamnesie nicht vollständig."

„Doch ist sie offenbar suggestibel. Ich flüstre ihr ein, dass es ihr nicht mehr möglich sein wird, ihren Mann zu plagen, dass sie eine heftige Angst davor emfinden wird, u. s. w. Vier Tage später versichert mir der Mann, dass sein Leben nun sehr glücklich ist. Im Januar blieb der Zustand sehr gut; in letzter Zeit ist es, wie ich auf Umwegen vernehme, wieder etwas weniger gut bestellt".

Das sind gewiss sehr erfreuliche Resultate des Hypnotismus, und man muss sich die Frage vorlegen, ob diese moralischen Resultate nicht demnächst zur Besserung verhärteter Sträflinge nutzbar gemacht werden können, oder als Hilfsmittel der Erziehung, wie das übrigens von dilettirenden Hypnotiseuren (Du Prel u. a.) schon vorgeschlagen worden ist. Kurella (Ahrweiler).

---

576) **Vizioli:** La terapeutica suggestiva. (Die Suggestions-Therapie.)
(Giornale di Neuropatologia IV. Heft, 5 u. 6.)

Nach einer historischen Uebersicht über die Suggestion, von den Zeiten religiöser Wunder bis auf Charcot, geht V. auf die Anwendung derselben bei Geisteskranken ein, betont jedoch, dass sie hier bisher nur bei Hysterie Erfolge erzielt hat.

V. referirt zahlreiche einschlägige Fälle, darunter 5 eigene Beobachtungen, und empfiehlt, der Suggestion die Hypnose vorausgehen zu lassen, die „ein unschätzbares Vehikel für die Application curativer Vorstellungen abgiebt", jedoch nicht absolute Bedingung der Suggestion ist; die „gesprochene Suggestion" während des somnambulen Zustandes ist die beste Methode, kann jedoch auch im Stich lassen. Auch bei organischen Erkrankungen des Centralnervensystems empfiehlt er diese Methode als „symptomatische Cur".

Kurella (Ahrweiler).

---

577) **Norris Wolfenden** u. **Dawson Williams:** A note on the rythm and character of certain tremors. (Ueber den Rythmus und Charakter gewisser Tremorarten).

(The British med. journ. May 19. 1888.)

Die Verf. untersuchten eine Anzahl an Tremor leidender Kranker durch genaue Aufnahme von Tremor-Curven

Bei dem Versuche legt der Patient die Handfläche oder die Fingerspitzen auf einen flach geformten Gummibeutel, dessen Volumschwankungen sich durch ein Glasrohr und einen kleineren zweiten Balg auf einen Marey'schen Schreibhebel übertragen Auf der rotirenden Trommel werden gleichzeitig durch ein Uhrwerk die halben Secunden notirt.

Mehrere Fälle von Morbus Basedowii zeigten übereinstimmend eine sehr gleichmässige Curve von 10,5 bis 11,5 Schwingungen in der Secunde. Eine Paralysis agitans schien anfangs nur 5,2 Schwingungen zu ergeben. Bei grösserer Rotationsgeschwindigkeit der Trommel zeigte sich indessen, dass jede Zacke an der Spitze mit einer Einkerbung versehen war und zwar so, dass der zweite Gipfel hinter dem ersten an Höhe ein wenig zurückstand.

Eine ganz ähnliche Figur wurde in *einem* anderen Falle dieser Krankheit erhalten. Die Frequenz der Doppelschwingungen betrug hier 5,1.

In einem Falle von disseminirter Sklerose waren die Zacken sehr gleichmässig, die Frequenz betrug 5,8 ohne dass secundäre Zacken sichtbar wurden.

In einem anderen Falle jedoch sowie bei einer Lateralsklerose mit Tremor der Arme ergab sich, ähnlich wie bei Paralysis agitans, eine Kerbung des absteigenden Schenkels.

Bei einem Tremor senilis mit 5,5 Schwingungen war wenigstens ein Theil der Zacken mit deutlicher Einkerbung versehen.

Die Verff. kommen zu dem Schlusse, dass die verschiedenen Arten krankhaften Tremors sich von dem in der Norm nachweisbaren mit Bezug auf die Dauer der Oscillationen [nach Beaunis 10,5 in der Sec.] theils gar nicht, theils nur durch Verschmelzung zweier Impulse zu einem unterscheiden. Nagel (Halle a. d. S.).

---

578) **Schweinitz** (New-York): Untersuchung der Augen in 50 Fällen von Chorea bei Kindern. (N.-Y. med. Journ. 23. Juni 1888.)

Wie den meisten Lesern bekannt sein wird, hat sich in Amerika eine wenig zahlreiche Schule gebildet, welche die Abnormitäten der Augenfunctionen als eine der wichtigsten, wenn nicht gar als die ausschliessliche Ursache der functionellen Nervenleiden betrachtet. Die Arbeit des Verfassers geht wesentlich darauf aus, zu untersuchen, inwieweit dies für Chorea begründet ist, und das Resultat, zu dem er gelangt, ist für die Theorie durchaus ungünstig.

Folgendes sind die Resultate seiner Untersuchungen:

Bei mit Chorea behafteten Kindern zeigt die Iris häufig die Eigenthümlichkeit, dass die Farbennuance der beiden Seiten eine verschiedene ist, dasselbe ist jedoch bei anderen Nervenleiden der Fall. Geringe Verschiedenheiten der Pupillenweite wurden beobachtet, jedoch nicht einmal so häufig, wie der Verf. dies bei gesunden, lebhaften Individuen gesehen hat. Ungefähr in der Hälfte der Fälle wurde Asymmetrie des Gesichts constatirt, was aber ebenso bei Patienten mit bedeutenden Refractionsfehlern, wie auch bei Personen anftritt, die ganz frei von Nervenleiden sind.

Bei 77 Procent der Chorea-kranken Kinder fand man Hypermetropie und hypermetropischen Astigmatismus, doch kommen dieselben hypermetropischen Zustände bei Kindern im Allgemeinen vor, man fand sie bei 76 Procent der Elementarschulkinder. Unvollständiges Gleichgewicht (equipoise) der Augenmuskeln wurde in der grossen Mehrzahl der Fälle constatirt, doch ist dieser Zustand ein überaus häufiger, auch bei Kindern, die ganz frei von Chorea, oder neuropathischen Tendenzen sind.

Embolie, Atrophie der Papillen und Neuritis optica kann unter Umständen während oder nach einem Choreaanfall gefunden werden, jedoch hat der Verfasser bei seinen Untersuchungen keine Spur davon entdecken können.

Der Verf. schliesst sich einem Ausspruch Sturgés's an, dass eine bedeutende Anzahl von Choreafällen in direkter Verbindung mit den Nachtheilen des Schulbesuchs steht, aber es ist ausserordentlich schwer, zwischen Ueberanstrengung und übergrosser Nachsicht den Mittelweg einzuhalten.

Ganz gewiss muss der Versuch gemacht werden, eine Ueberanstrengung der Augen möglichst zu vermeiden. Erziehungsfehler oder Muskelabnormitäten sollten so gut es geht mit Gläsern, oder, wenn nöthig mit Prismen, corrigirt werden und ein vorsichtiges chirurgisches Einschreiten kann indicirt sein. Anämie und Circulationsstörungen

muss behandelt, und die Hygiene verbessert werden, sowohl bei Kindern die an Chorea leiden, als bei solchen, die frei davon sind.

Es mangeln jedoch sichere Beweise ebensowohl dafür, dass Hypermetropie die Ursache der Chorea, als dass Chorea die Ursache der Hypermetropie ist. K.

579) **Charles Mond** u. **Reboul** (Paris): Contribution à l'étude du panaris analgésique. (Maladie de Morvan.) (Beitrag zum schmerzlosen Panaritium.) (Morvan'sche Krankheit.) (Arch. gén. de méd. Juli 1888.)

M. und R. theilen einen Fall einer Krankheit mit, welche, bis jetzt sehr selten beobachtet, zuerst von Morphan im Jahre 1883 beschrieben worden ist.

Dieselbe, unbekannten Ursprungs, erweist sich als eine Varietät der peripheren Neuritis und unterscheidet sich von dieser dadurch, dass sich bei jener, abgesehen von der genetischen Differenz, einestheils Panaritien an den Händen und Füssen entwickeln, die gewöhnlich rasch zu einer völligen Zerstörung der betheiligten Phalangen und der sie umgebenden Weichtheile führen, und dass anderntheils die Anästhesie eine viel markirtere ist, dergestalt, dass die Exarticulation derartig afficirter Finger oder Zehen fast gar keine Schmerzen verursacht.

Pauli (Köln).

580) **Desguin**: Propositions sur le nervosisme soumises à la société de méd. ment. (Bulletin de la soc. de méd. ment. de Belgique, Juli 1888.)

Mit dem gewaltigen Aufschwung der Technik und Wissenschaft seit Anfang unseres Jahrhunderts ging Hand in Hand fortwährende Aenderungen in der menschlichen Lebensweise und parallel hiermit analoge Veränderungen in der Form und Natur der menschlichen Krankheiten: nicht nur nahm die Zahl der Nerven- und Geisteskrankheiten zu, auch in den übrigen Krankheiten treten zahlreiche nervöse Symptome in den Vordergrund.

Die mit den zahlreichen neuen Entdeckungen einhergehende Sucht nach neuen raffinirten Vergnügen, deren Befriedigung oft unmöglich ist, der Missbrauch des Alkohols mit seinen Folgen nicht nur für die Excedenten, sondern für deren ganze Descendenz, die infolge des Verlangens nach raschem Erwerb von Reichthum nöthig gewordene Ueberanstrengung des Gehirns auf allen Lebensgebieten (wissenschaftlichen, financiellen, politischen), die Ueberbürdung des ersten Kindesalter mit unnützen Unterrichtsstoffen, und während der Schulzeit die Vernachlässigung körperlicher Uebungen, die allzu frühe Gewöhnung an Vergnügungen (Kinderbälle, Besuch von Theater und Concert seitens Kinder) — das sind die Hauptursachen der jetzigen Nervosität, die nach D. Ansicht nur eine vorübergehende ist, da die kommende Generation das Gleichgewicht wieder gewinnen werde, welches bei der jetzigen durch die grosse Zahl der überraschendsten Entdeckungen

verloren gegangen war. Zum Schlusse deutet Verf. an, wie vor allem die Jugend vor den oben bezeichneten Gefährlichkeiten behütet werden müsse, um der Gefahr des Nervöswerden zu entgehen.

Strauscheid (Bendorf).

---

581) **Ventra** (Nocera): Sul valore semiologico della epilessia Jacksoniana. (Diagnostische Bedeutung der Jackson'schen Epilepsie.) (Il Manicomio. Mai 1888.)

V. knüpft an die, auch in diesem Centralblatt referirte (Nro. 10) Publication von Seppili unter gleichem Titel an und theilt vier Fälle von progr. Paralyse mit wohlumgrenzten motorischen Störungen mit, bei denen die Section die auf Herderkrankungen gestellte Diagnose nicht bestätigte, sondern diffuse chronische Meningitis ohne specielle Localisation oder corticale Adhaesionen ergab.

V. will die Jackson'sche Epilepsie nur in soweit diagnostisch gelten lassen, als sie die Localisation eines pathologischen Processes in der Rinde im allgemeinen beweist, ohne nähere topographische und qualitative Schlüsse zu gestatten. Kurella (Ahrweiler).

---

582) **Arthur Barrie**: (Public hospital, Georgetown, British Guiana): A case of trephining for cortical brain lesion. (Trepanation wegen Rindenerkrankung). (The British med. journ., May 19. 1888.)

Eine 35 jährige Negerin, welche an tertiärer Syphilis litt, klagte seit 18 Monaten über Kopfschmerzen mit Beschränkung auf die r. Frontal- und Parietalgegend. Ausserdem wurde Druckempfindlichkeit der entsprechenden Stelle des Schädels und rechtsseitiger eitriger Ohrenausfluss, für dessen Herkunft die Untersuchung des Ohres keinen Aufschluss gab, constatirt.

Am 5. Juni 1887 wurde sie unmittelbar nach einem epileptiformen Anfalle in das Hospital aufgenommen.

Ein weiterer Anfall, beginnend mit Verziehung des l. Mundwinkels, worauf conjugirte Deviation der Augen und des Kopfes nach links, Adduction, Beugung im Ellenbogen und Erhebung des l. Armes nebst Extension des l. Beines folgte, wurde am 7. beobachtet.

Auf ein tonisches Stadium folgte ein klonisches bei anfangs aufgehobenem, dann theilweise erhaltenem Bewusstsein. Nach $^1/_4$ stündiger Dauer des letzteren Stadiums wurde durch eine grosse Chloraldosis Ruhe geschafft.

Danach blieb Parese der ganzen l. Körperhälfte, von oben nach unten in abnehmender Intensität, zurück.

Am 9. Juni wurde, nachdem inzwischen noch 4 leichtere Anfälle stattgefunden hatten über der r. vorderen Centralwindung durch Dr. Williams die Trepanation ausgeführt.

Der Schädel war an der entsprechenden Stelle stark verdickt und ausserordentlich hart.

Desgleichen war die Dura verdickt und auf der Innenfläche mit einem in Zerfall begriffenem, eiternden Gumma besetzt. Das letztere wurde mitsammt der angrenzenden Dura excidirt.

Die darunterliegende Pia erschien nur wenig verdickt und getrübt.

Der Heilungsverlauf war ein günstiger. In der folgenden Zeit traten anfangs noch leichte Anfälle auf um dann für immer zu verschwinden.

Die Lähmungserscheinungen bildeten sich zurück bis auf eine noch bei der Entlassung restirende leichte Facialisparese.

Nagel (Halle a. d. S.).

---

583) **Starr** (New-York): Syringomyelia, its pathology and clinical features. (Pathologie und Symptomatologie der Syringomyelia.)

(Americ. Journal of the Medical Sciences. May 1888.)

S. theilt einen bisher noch nicht zur Section gekommenen Fall einer spinalen Affection mit, bei dem er Syringomyelie diagnosticirt. Anfang der Erkrankung vor 9 Jahren mit Sensibilitätsstörungen in der rechten Hand. Hauptsymptome waren im Lauf der Entwicklung progressive Muskelatrophie der ganzen r. oberen Extremität, Reizung der cilio-spinalen Sympathicusfasern, sensorische, vasomotorische und trophische Störungen an Arm und Thorax rechtsseitig, leichte Analgesie der r. Gesichtsseite und Tremor der Zunge Einmal kam es — wie in andern durch die Section bestätigten Fällen — zu einem Anfall plötzlicher rechtsseitiger Paraesthesie mit Schwindel und Kopfschmerz. S. geht sehr ausführlich auf die topische Diagnostik in diesem Falle ein und nimmt an, dass das ursprüngliche Gliom im achten cervicalen und ersten spinalen Segment des Rückenmarks angefangen, und sich aufwärts bis zum vierten cervicalen Segment, abwärts bis zur Mitte des Dorsalmarks fortgesetzt hätte. Aus der theilweisen Anaesthesie der r. Gesichtshälfte schliesst er auf eine Mitbetheiligung der Hinterhörner aufwärts bis zur aufsteigenden Trigeminuswurzel.

S. sucht aus Heranziehung von 8 aus den 166 von Bäumler gesammelten Fällen ein abgerundetes Symptomenbild zu construiren, bestehend aus Combination von progressiver Muskelatrophie mit Paralyse einiger oder aller Muskeln eines Gliedes, gewöhnlich unter Uebergreifen auf das contralaterale Glied; ferner zählt er als constant auf vasomotorische und trophische Störungen des betroffenen Gliedes, bestehend in Cyanose, bullösen Eruptionen, Ulcerationen, Abscessen, und selbst Atrophie und Brüchigkeit der Knochen, Herabsetzung der Schweissabsonderung; drittens eigenthümliche sensorische Störungen, bestehend in Verlust des Schmerz- und Wärmegefühls, während Tast- und Raumsinn erhalten bleiben.

Sehr ausführlich geht S. von diesem Gessmmtbild auf die topische, Diagnostik des Tumors resp. des Defects ein, und wir wollen von diesen sorgfältigen Erörterungen dem Leser die Tabelle mittheilen, die S. für die Symptomatologie der einzelnen Spinalsegmente giebt, weil sie für die allgemeine Diagnostik sehr brauchbar erscheint.

Localisation der Functionen für die Segmente des Rückenmarks.

Segmente.	Muskeln.	Reflexe.	Sensibilität.
2. und 3. Cervical-Segment.	Sternocleido-mastoid. Trapezius. Scaleni. Zwerchfell.	Hypochondrium. (?) Plötzliche Inspiration auf Druck unterhalb des Rippenbogens.	Hinterkopf bis zum Scheitel. Hals.
4. Cerv.-S.	Diaphragma. Deltoideus. Biceps. Coracobrachialis. Supinator long. Rhomboidei. Supra- u. infraspinat.	Pupille, Pupillendilatation bei Reizung an der Haut des Halses.	Hals. Vordere Schulterfläche. Aeussere Seite des Arms.
5. Cerv.-S.	Deltoid., Biceps, Coracobrachial., Brachialis anticus. Supinator l., Supinator br., tiefe Muskeln der Scapula, Rhomboidei, Teres minor. Pectoralis. Serratus magnus	Scapular-Reflex. Reflex von d. Sehne des Supinator l.	Rückseite von Schulter und Arm. Oberarm, Aeussere Seite des Oberarms und Unterarms bis zum Handgelenk.
6. Cerv.-S.	Biceps. Brachialis anticus. Pectoralis, Serratus major, Triceps, Hand- und Finger-Extensoren, Pronatoren.	Triceps-Sehnenreflex.	Aeussere und Vorder-Seite des Unterarms, Handrücken, Radialisgebiet.
7. Cerv.-S.	Extensoren von Hand und Fingern. Pronatoren. Handflexoren. Subscapularis. Pectoralis (costaler Theil). Latissimus dorsi.		Radialis-Gebiet der Hand. Medianus-Gebiet der Hand.
8. Cerv.-S.	Hand- und Finger-Flexor. Innere Hand-Muskeln. Thenar- u. Apothenar.		Innere Armseite vom Handgelenk zur Achselhöhle.
2. bis 12. Dorsal-S.	Rücken- und Bauchmuskeln. Extensores spinae.	Retraction des Epigastriums b. Kitzeln d. Mammear-Region. Bauchreflex.	Haut der Brust und des Bauchs, in vor- und abwärtslaufenden Gürteln, entsprechend den Spinalnerven. Obere Glutäal-Region.

Segmente.	Muskeln.	Reflexe.	Sensibilität.
1. Lumb.-S.	Ilio-psoas. Sartorius.	Cremaster-Reflex.	Haut der Lendenregion und der Vorderseite des Scrotum.
2. Lumb.-S.	Ilio-psoas, Sartorius, Knieflexoren, Quadriceps femoris.	Knie-Phänomen.	Aeussere Seite des Oberschenkels.
3. Lumb.-S.	Quadriceps femoris. Rotatoren und Abductoren des Oberschenkels.	Blasen-Centrum (2.–4. Lumbal-S.).	Vordere Fläche des Oberschenkels.
4. Lumb.-S.	Ab- und Adductoren des Oberschenkels. Knieflexor. (Ferrier), Tibialis anticus. Peroneus longus.	Mastdarm-Centrum (4. Lumbal- 2. Sacral-S.). Glutealreflex.	Innere Seite d. Beins bis zur Ferse. Innen-Seite des Fusses.
5. Lumb.-S.	Auswärtsroller des Femur. Knie- und Ferse-Flexoren. Peronei. Extensoren der Zehen.	Achilles-Sehnen-Reflex (Fussclonus).	Aeussere Seite des Beins, Fussrücken.
1.—5. Sacral-S.	Flexoren des Fusses. Lange Zehenbeuger. Kleine Fussmuskeln.	Plantarreflex.	Oberschenkel mit mit Ausnahme der Innenseite. Perineum u. Rückseite des Scrotum. anus.

K.

---

584) **A. Schönfeldt:** Ueber multiple Hirn-Rückenmarkssklerose nebst Angabe zweier Fälle bei Kindern nach Diphtherie.

(Inaug.-Dissertation. Berlin 1888.)

Nach einer kurzen Schilderung des bekannten Krankheitsbildes, welche nichts Neues bietet, berichtet Verf. im Anschluss an den von Stadthagen im 5. Bande des Archives für Kinderheilkunde mitgetheilten Falles von multipler Sklerose im Kindesalter folgende 2 in der Poliklinik von Eulenburg und Mendel beobachtete Fälle.

I. Ein Knabe erkrankt im neunten Lebensjahre an Diphtherie; nicht lange nachher stellt sich Intentionszittern in den oberen Extremitäten ein, bald auch in den Beinen, verbunden mit Parese und spastischer Gehstörung; daneben bleibt die geistige Entwickelung zu-

rück, Schwindelanfälle sowie Sprachstörung treten auf. Nachdem der Zustand mehrere Jahre ohne auffällige Verschlimmerung bestanden hat, ist den Eltern seit zwei Jahren eine bedeutende Verschlechterung des Ganges, dagegen seit drei Wochen Besserung des Intentionszitterns aufgefallen. Bei der Untersuchung des nunmehr 15 jährigen Knaben findet sich ausser den oben erwähnten Symptomen, Steigerung der Kniephänomene, Nystagmus, Dyschromatopsie, Parese des linken Mundfacialis. Sprache nicht nur mühsam, sondern auch in geringem Grade anarthrisch, sonst keinerlei Sensibilitäts- oder trophische Störungen.

II. Ein Mädchen übersteht im achten Jahre Diphtherie; einige Wochen nachher Intentionszittern, spastische Gehstörung, besonders links ausgesprochen; im folgenden Jahre abermals Diphtherie und Scharlach; darnach Verschlimmerung des Intentionszitterns, wie der Gehstörung, häufige Schwindelanfälle, mangelhafte geistige Entwicklung; heute (im 11. Lebensjahre) Parese und Contraktur besonders der linken Extremitäten, Steigerung der Sehnenreflexe, Anomalien von Blasen- und Darmfunktion; kein Nystagmus, keine Sprachstörung.

Strauscheid (Bendorf).

---

585) **C. Focke**: Ueber die Bedeutung des Schrecks für die Aetiologie der multiplen Sclerose. (Inaug.-Dissertat. Berlin 1888. 56. S.)

Verf. theilt zunächst drei auf der Westphal'schen Abtheilung in der Charité beobachtete Fälle von multipler Sclerose nach Schreck mit.

I. Frau H., 32 Jahre alt, erlitt einen heftigen Schreck dadurch, dass ihr Vater plötzlich in ihren Armen starb; im direkten Anschluss hieran trat eine grosse, Mattigkeit, Schwäche und Schwere im Körper, bald bildete sich eine Parese, Ataxie und Intentionszittern in den oberen Extremitäten aus, während in den unteren Extremitäten spastische Parese constatirt wurde; der Augenspiegel liess eine weissliche Verfärbung (Atrophie) der temporalen Papillenhälften erkennen; allmählich entwickelte sich auch Nystagmus, Bradylalie, Retentio und Incontinentia urinae; geringe Hyperästhesien. Die Diagnose einer multiplen Sclerose wurde durch die Section vollkommen bestätigt.

II. Frl. K., 26 Jahre alt, erlitt vor $1^1/_2$ Jahren einen heftigen Schreck, als sie, in der Ueberzeugung, ein ihretwegen geplantes Duell werde nicht stattfinden, plötzlich Zeugin seiner Ausführung wurde.

Bald darauf bekam sie wiederholt Anfälle von Mutismus, während sich gleichzeitig eine totale linksseitige Hemianästhesie entwickelte. Nachdem diese Erscheinungen verschwunden waren, bildete sich allmählig eine spastische Parese der unteren Extremitäten, Intentionszittern, Bradylalie, Nystagmus, zeitweise Urin- und Stuhlbeschwerden aus. Verf. glaubt in diesem Falle die Diagnose einer Combination von multipler Sclerose mit Hysterie als zweifellos hinstellen zu dürfen.

III. Wilh. S. stürzte plötzlich während der Arbeit auf einem hohen Gerüste von diesem in die damals (Frühjahr) recht kalte Spree.

Im Anschluss an diesen Schreck entwickelte sich Schwindel, zeitweiliges Doppelsehen sowie schwere Gehstörung. Bei der Untersuchung in der Charité $1^1/_2$ Jahre nach dem Unfall fand sich Nystagmus, Schwindel beim Blick nach oben, spastische Parese der unteren Extremitäten, geringe Ataxie; in den Armen kein Intentionszittern, aber gesteigerte Sehnenreflexe; Bradylalie, Zwangslachen, leichte circumscripte Hyperästhesien an Hand und Fuss, weissliche Verfärbung der temporalen Papillenhälften. Diagnose: Sclerosis multiplex Disseminata.

Im Anschluss an die genannten Fälle bespricht Verf. das Vorkommen von Sensibilitätsstörungen bei der multiplen Sklerose und schliesst sich Oppenheim an, der ein vollständiges Fehlen jeder Sensibilitäts-Anomalität als die grösste Seltenheit bezeichnete.

Für die Bedeutung des Schrecks als ätiologisches Moment für die Entstehung der Scl. m. führt Verf. eine grössere Anzahl von Belegen aus der älteren Literatur an, um am Schlusse der ebenso fleissigen wie klar geschriebenen Arbeit die Frage, auf welchem Wege die psychische Erschütterung wirke, unter Hinweis auf das verschiedene klinische Verhalten, der betreffenden Patienten, wie auf den verschiedenen histologischen Befund bei den Sectionen, dahin zu beantworten, dass in jedem Falle eine heftige Störung des gesammten Gefässapparates angenommen werden müsse, die bald in den kleinen Gefässen der Neuroglia, bald mehr im nervösen Parenchym eine Schädigung hervorrufe. Strauscheid (Bendorf).

---

586) **Bourgougnon** (Montrichard): Corps étranger de l'oreille chez un enfant de quatre ans; symptomes ressemblant à ceux d'une méningite. (Ein Fremdkörper in dem Ohre eines 4 jährigen Kindes; Symtome ähnlich denen einer Meningitis.) (Gaz. des Hôp. 1888 Nro. 76.)

B., eines Tages zu einem Kinde von vier Jahren gerufen, bei welchem neben Fieber Prostration, Erbrechen, deutlich characterisirte Hebetudo und prononcirte Somnolenz vorhanden waren, glaubte es hier mit einer Meningitis zu thun zu haben, um so mehr als von ihm auch ein jüngerer Bruder wegen einer solchen seit einigen Tagen behandelt wurde.

Auf Befragen erklärte das nur schwer aus dem Schlafe erweckte Kind, dass ihm sein Ohr schmerze.

Bei der Untersuchung desselben fand sich im Meatus externus ein festes denselben ausfüllendes Papierkügelchen, nach dessen Entfernung die genannten pseudomeningitischen Symptome alsbald verschwanden. Pauli (Köln).

---

587) **E. Willmer Phillips** (London): Shot embedded in the orbit fourteen years; Arachnitis. (14 Jahre in der Orbita vorhanden gewesene Schrotkörner; Arachnitis.) (The Lancet 2. Juni 1888.)

Ein geistig sehr zurückgebliebener junger Mann erhielt im Alter von 5 Jahren einen Schrotschuss in das rechte Auge, welche die Exstirbation seines Bulbus nothwendig machte.

Nachdem er seitdem häufig an Kopfschmerzen gelitten, legte er sich eines Tages nach vorausgegangenem Schüttelfrost und Erbrechen zu Bett, wo man ihn am anderen Morgen mit geröthetem Gesichte, stark fiebernd und bewusstlos vorfand.

Dieser Zustand verschlimmerte sich der Art, dass nach Verlauf von einigen Tagen unter Coma der Tod eintrat.

Leichenbefund: 7 in das Bindegewebe des Dachs der des Bulbus beraubten Orbita eingekapselte Schrotkörner, Erweichung der Cura cerebri, deutliche Congestionirung der Häute desselben; Eiter auf und unter derjenigen Partie der Arachnoidea, welche mit dem rechten Lobus frontalis correspondirt, auf der Lamina cribrosa und in dem Sinus ethmoidales und sphenoidales derselben Seite sowie in beiden Stirnhöhlen.

Pauli (Köln).

---

588) **Lumbroso:** Sulla paralisi del faciale di natura isterica. (Hysterische Facialislähmung.) (Lo Sperimentale. Januar 1888.)

Im Progrès Médical erschienen einige Vorlesungen von Prof. Charcot, worin die Möglichkeit einer hysterischen Paralyse des Facialis geleugnet wird, und wo Ch. mehrere Fälle anführt, in denen sich anscheinend eine Facialislähmung zeigte, während es sich in der That um Lippencontracturen handelte.

Bei einer hysterischen Hemiplegie treten im Facialisgebiet nach Ch. folgende Erscheinungen auf:

1) Ein Zustand spasmodischer Contractur ausschliesslich auf der einen Lippe, von clonischen Contractionen begleitet.

2) Beim Pfeifen geht die Luft durch die entgegengesetzte Mundseite.

3) Die Zunge weicht stark von der Contractur-Seite ab.

4) Die Contractur bleibt auch nach der Heilung der Paralyse bestehen.

Es folgen hier in Kurzem die Beobachtungen Lumbroso's.

I. Argia M...., 26 Jahre alt, litt seit ihrer Kindheit an Zitteranfällen, Kopfschmerz und psychischer Reizbarkeit. Seit $1^1/_2$ Jahre ist sie convulsivischen Anfällen unterworfen und man bemerkt ein Schleppen der rechten unteren Extremität. — Schlaffe rechtsseitige Lähmung. — Das Gesicht ist nach der rechten Seite verzogen. — Von irgendwelcher Contractur ist keine Spur zu bemerken. — Beim Lachen und Sprechen zeigt sich die Abweichung am deutlichsten. — Keine fibrill. Contraction, keine Abweichung der Zunge. Wenn man die Kranke auffordert, zu pfeifen, so geht die Luft rechts auf der gelähmten Seite hindurch.

Nach 20 maliger Anwendung des constanten Stromes, vom Scheitel nach der Wirbelsäule zu, vollständige Heilung. Die Gesichtsverzerrung verschwand zuerst und zwar schon nach 10 Sitzungen.

II. Ein junger Gymnasiast wurde plötzlich in voller Gesundheit von Hemiplegie mit Aphasie befallen. Er fiel zur Erde; als er nach ungefähr einer halben Stunde wieder zu sich kam, war er halbseitig

gelähmt. 24 Stunden nach dem Anfall konnte Parese der beiden rechtsseitigen Extremitäten constatirt werden, zugleich mit verringerter Sensibilität derselben Körperhälfte. Das Gesicht war nach links verzogen, die Zunge wich stark nach rechts ab. Beim Pfeifen ging die Luft durch die rechte (gelähmte) Mundseite. Die Sehnenreflexe waren auf beiden Seiten sehr gesteigert, der Schlundreflex fast ganz aufgehoben.

Fünf Abende später neuer Aufall, der die characteristischen Merkmale eines hysterischen Anfalls trug. Vom nächsten Tage an begann die Besserung und in wenigen Tagen war der Patient vollkommen wieder hergestellt. Von Facialis-Paralyse war bald keine Rede mehr.

III. Ein 36 jähriges Dienstmädchen wurde am Abend des 20. November plötzlich von einem Kopfschmerz- und Schwindelanfall ergriffen, wobei sie bewusstlos zur Erde fiel. Nach einer Viertelstunde kam sie zu sich, verfiel in Convulsionen, und bemerkte hierauf dass sie die beiden rechten Extremitäten nicht bewegen konnte. Die Hand war in eigenthümlicher Weise contrahirt, das Gesicht verzerrt, jedoch konnte sie nicht genau angeben, nach welcher Seite hin.

In ihrem 20. Jahre hat sie an hystero-epileptischen Convulsionen und ein Jahr darauf an rechtsseitiger Hemiplegie mit Aphasie gelitten.

Bei der Untersuchung: rechtsseitige Hemiplegie von Contracturen begleitet. Der untere Theil des Gesichts war leicht nach links verzogen, keine Abweichung der Zunge. Beim Lachen und Sprechen zeigte sich deutlich eine Abweichung nach links. Beim Pfeifen ging die Luft nicht durch die gelähmte, sondern durch die linke, nicht gelähmte Mundseite.

Bei Anwendung einer psychischen und electrischen Behandlung verschwand die Gesichtsverzerrung nach wenigen Tagen.

Diese Lähmung unterscheidet sich von einer organischen Lähmung durch nichts, wie durch Frequenz ihres Auftretens. Im dritten Fall ging beim Pfeifen die Luft durch die nicht gelähmte Mundseite; in diesem Fall war die Paralyse von Contracturen des Gesichts und der Glieder begleitet, deshalb ist es natürlich, dass bei einer rechtsseitigen Gesichtscontractur die Luft leichter auf der gesunden Mundhälfte herausgeht. — L. fand einen alten Hemiplegiker mit postparalytischer Contractur; das Gesicht zeigte eine Lippencontractur, beim Pfeifen ging die Luft durch die nicht gelähmte Mundhälfte.

L. zieht daraus folgende Schlüsse:

1) Dass manchmal bei hysterischer Hemiplegie Paralyse der unteren Facialishälfte eintritt.

2) Dass diese sich nicht von organischer Hemiplegie unterscheidet.

3) Dass sie manchmal von Lippencontracturen begleitet sein kann, weshalb die Luft beim Pfeifen durch die gesunde, nicht gelähmte Mundhälfte geht. Kurella (Ahrweiler).

589) **David B. Lees** (London): Two cases of Hysteria in boys. (Zwei Fälle von Hysterie bei Knaben.) (The Lancet. 9. Juni 1888.)

Obige Fälle gewinnen, abgesehen von dem Geschlecht und dem jugendlichen Alter der Kranken, dadurch noch ein besonderes Interesse, dass sich die Hysterie in dem einen Falle hauptsächlich durch psychische (Trotz, Launenhaftigkeit) und in dem anderen durch somatische (Kopfschmerzen, Sehstörungen) Symptome manifestirte.

Nichts destoweniger muss angenommen werden, dass in beiden Fällen eine gleiche Störung des Cortex cerebri vorlag, eine Art von Torpor der Nervencentren, der in verschiedenen Zonen seinen Sitz aufgeschlagen und daher zu den verschiedenen Krankheitzuständen Anlass gegeben hatte. Pauli (Köln.)

---

590) **Boubila** und **Hadjès** (Marseille): De l'action thérapeutique du méthylal. (Therapeutische Wirkung des Methylal.)
(L'Encephale 1888. Nro. 3.)

Bericht über Gaben von 3—8 Gramm Methylal in 33 Fällen. Die Resultate liefern das Ergebniss, dass 1) das Methylal andere Hypnotica mit Vortheil bei einfachen Psychosen (mit Ausnahme der Manie), bei circulärem Irresein während der Depression, bei periodischen und epileptischen Psychosen und bei der Paralyse ersetzt; dass 2) seine Löslichkeit, die leichte Handhabung, sein süsser und angenehmer Geschmack, seine Unschädlichkeit für den Organismus, (abgesehen von seinem Preise) ihm den Vorzug vor dem Chloral, dem Urethan und den Opium-Präparaten sichern.
Kurella (Ahrweiler).

---

591) **Arthur Jamison**: Antipyrin as an anodyne. (Antipyrin als ein Anodynum. (The Lancet. 26. Mai 1888.)

Auf Grund dreier Beobachtungen bestätigt J. die schon vielseitig gegen schmerzhafte Neurosen gerühmte anodyne Wirkung des Antipyrin, das er unter diesen Umständen in 5 Gran-Dosen halbstündlich so lange verabreicht, bis die Schmerzen aufgehört haben, was in der Regel nach der 2 oder 3. Gabe der Fall ist.
Pauli (Köln).

---

592) **G. H. Savage**: General Paralysis of the Insane simulating cerebral tumour. (Journal of mental science. Juli 1888.)

17½ jähriges Mädchen aus gesunder Familie, überstand als Kind Scharlach, Masern, Keuchhusten; mit 10 Monaten Ausfluss aus dem rechten Ohre mit Trommelfellperforation; seitdem in ohrenärztlicher Behandlung. Seit dem 14. Jahre regelmässig menstruirt. Sie erkrankte vor einem Jahre an allgemeiner Schwäche, Sprachstörung, Gehstörung, Kopfschmerz; bald entwickelte sich völlige Demenz, mehr oder weniger

vollständige Blindheit in Folge beiderseitiger Opticusatrophie nach Neuritis optica, doppelseitige Taubheit, Anfälle von Erbrechen, Schreianfälle, Steigerung der Sehnenreflexe; Sprache langsam, breit, Zunge nach links herausgestreck, Mund beim Lachen nach rechts verzogen. Contracturen der Extremitäten; in der letzten Zeit mehrfache Ohnmachtsanfälle mit Cheyne-Stocke'schem Athem; in einem derselben stirbt Patientin. Die Diagnose wurde von einer Reihe von Aerzten übereinstimmend auf einen in der Mittellinie nahe dem Boden des vierten Ventrikels befindlichen Tumor gestellt. Die Section ergab eine Meningoencephalitis; die Meningen ödematös, dem Gehirn adhärent, das Gehirn selbst atrophisch, besonders stark an einzelnen Stellen des Vorderhirns; Ventrikel erweitert, enthielten viel Flüssigkeit, Ependym verdickt. Ohrknochen nicht erkrankt.

Strauscheid (Bendorf).

---

593) **Sgrosso:** Affezioni oculari e disturbi visivi nella paralisi generale progressiva. (Augenaffectionen und Sehstörungen bei progr. Paralyse.) (Psichiatria V. 1887.)

Uebersicht über Augenleiden bei 44 Paralytikern. S. betont die grosse Schwierigkeit exacter Untersuchungen bei diesen der Intelligenz beraubten Kranken, und zeigt, wie er durch immer wiederholte Versuche während verschiedener Krankheitsperioden doch zu Resultaten kam.

Neu ist bei S. die Beschreibung einer Conjunctivitis sui generis, abhängig von nervösen Stauungen in der Conjunctiva palpebrarum, das Secret hat bei dieser Affection grosse Aehnlichkeit mit dem bei catarrhalischer Conjunctivitis, das Colorit der Schleimhaut ist bläulichroth; das Leiden tritt in der Spätperiode der Paralyse auf, hat einen progressiven Character, hinterlässt in der Leiche keinerlei characteristischen Befund.

Die Pupillen waren bei den 44 Kranken in 27 Fällen gleich gross, in 13 ungleich; bei 25 Fällen reagirten sie auf Lichtreiz und Accomodation gut, bei 15 gar nicht oder nur minimal; in der Mehrzahl der Fälle schwankte der Durchmesser der Pupille zwischen 2 und 3 mm. Nach Atropin zeigten 33 Fälle stets complete Dilatation, zweimal ergab sich unvollständige, aber gleichmässige Dilatation, zweimal waren die einzelnen Sectoren der Iris verschieden contrahirt, dreimal war die Reaction negativ.

In der Regel bestand in den Anfangsperioden der Krankheit auf beide Arten von Reizen gute Pupillenreaction; allmählich verschwand zuerst die accomodative Reaction, dann die auf Lichtreiz, gleichzeitig trat Verengerung der Pupille und Rigidität des Iris-Gewebes auf. In 11 Fällen trat von vornherein Pupillendifferenz auf und bestand unverändert bis zuletzt.

Störungen der motorischen Muskeln des Auges konnte S. nie beobachten. Die Sehschärfe nahm im Verlauf der Krankheit stets ab; von den untersuchten Kranken hatten nur 7 beiderseits volle Sehschärfe; nur in zwei Fällen erhielt sie sich so bis zum Ende. In

einem Falle wurden kleine Buchstaben auf 25 Meter, grosse jedoch nicht in 2 Metern gelesen; Verf. erklärt das durch eine tiefe Aenderung des „Lichtsinns“. Was die Farbenempfindung betrifft, so erklärt S. den Verlust derselben bei Paralytikern, und zwar in der Richtung von Roth nach Blau, nicht durch Dychromatopsie, sondern durch Demenz. Das Violett verschwindet zuerst, weil es im Leben selten vorkommt, und dem Volke nicht bekannt ist, das Roth zuletzt, weil es weit und dicht verbreitet und allen vertraut ist. Das Gesichtsfeld liess sich nur in wenigen Fällen genau untersuchen und zeigte sich in den Anfangsstadien normal oder nur wenig eingeschränkt. Ophthalmoskopisch fand sich keine Differenz des Befundes für die einzelnen Krankheitsperioden. Die häufigste Aenderung war ein gewisser Grad von Atrophie der Papille; einmal fand sich eine Haemorrhagie der Netzhaut nahe der macula.

Kurella (Ahrweiler).

---

594) **S. A. K. Strahan** (Elm-court): Melancholia.
(The Lancet. 12. Mai 1888.)

Wenn heftige Kopfschmerzen schon längere Zeit vor dem Beginn einer Psychose vorhanden gewesen und neben dieser ein Netz von Blutgefässen auf beiden Wangen und ein schwacher und regelmässiger Herzschlag vorhanden sind, so deutet dies darauf hin, dass in einer atheromatösen Entartung der Gefässe des Gehirns resp. in einer daher rührenden mangelhaften Ernährung desselben die Psychose ihren Grund hat.

Hierzu kommt es jedoch nur bei zugleich vorhandener erblicher Belastung.

Fehlt eine solche, so verfallen die Kranken mit den weiteren Fortschritten der fraglichen Gefässdegeneration einfach der Demenz.

Pauli (Köln).

---

595) **J. Al. Peeters** (Gheel): La situation actuelle du patronage familial des aliénés. (Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique, Juli 1888.)

Bericht über die bekannte Irrenkolonie Gheel. Gheel hat jetzt 11000 Einwohner und eine Ausdehnung von 18 Kilom. in der Länge, 13,5 Kilom. in der Breite. Die Mehrzahl der Bewohner widmen sich der Irrenflege.

Die Zahl der Kranken betrug am 1. Jan. 1887 1616; am 31. December 1680 (846 Männer, 834 Weiber.) Aufnahme fanden 315 Personen. Es starben wähend des verflossenen Jahres 68 M. u. 47 W. d. i. 6% der Kranken; 54 derselben hatten ein Alter von 60—90 Jahren erreicht. Geheilt wurden entlassen 22 M., 19 W., wesentlich gebessert 9 M., 8 W.; dies macht 19% der Aufgenommenen, und wenn man die Unheilbaren, welche von geschlossenen Irrenanstalten nach Gheel geschickt wurden ausscheidet 27%. Wenn man die grosse Zahl der unheilbaren Patienten, die in Gheel verpflegt werden, betrachtet,

so erscheint auch letzteres Resultat günstig. Die Frage, ob die Anwesenheit so vieler Geisteskranker keinen schlechten Einfluss auf den Geisteszustand der Bevölkerung habe wird verneint. Gheel hat bei 11000 Einwohner 17 Geisteskranke.

Verf. protestirt dagegen, dass, wie so häufig, unglückliche Demente, die nur noch ein vegetatives Leben führen, aus anderen Anstalten nach Gheel verlegt werden, die doch unmöglich von dem Familienleben und der Freiheit, wie sie Gheel bietet, Nutzen haben können und plädirt für eine vernünftige sorgfältige Auswahl der Kranken, wie sie in dem Wahrendorff'schen Institut und zu Ellen realisirt ist.

Der Tarif für die Kranken ist ein sehr niedriger, für reine Pat. 84 cts. (68 Pfg.), für halbreine 94 cts. (76 Pfg), für Unreine 1,20 frc. (96 Pfg.). Der ärztliche Dienst wird von einem Chefarzt und 4 Assistenzärzten versorgt. Jeder unheilbare Kranke wird monatlich einmal, jeder heilbare wöchentlich einmal besucht. Ausserdem werden die Kranken häufig von besonders dazu ausgebildeten Wärtern besucht.

Strauscheid (Bendorf).

---

596) Jahresbericht der Provinzial-Anstalt Nocera für 1887.

(Il Manicomio, Mai 1888.)

Bestand 1. Januar 557, 31. Dezember 568, Zugang 189, Abgang 186, davon gestorben 109; unter den gestorbenen waren 46 Cholerafälle; die Krankheit war im Juli in der Nachbarschaft aufgetreten; bei den ersten Anzeichen davon wurde in der Anstalt sofort gründlich desinficirt, der Speisezettel gründlich geändert, jeder Intestinalcatarrh sorgfältig behandelt; trotzdem trat am 13. September der erste Choleraanfall auf, dessen Entstehung dunkel blieb. Es wurden sofort isolirte Choleraabtheilungen mit getrenntem Betriebe eingerichtet, anfangs Kleider und Lager aller Gestorbenen verbrannt; die Regierung zog um die Anstalt einen Cordon und setzte die Organisation eines isolirten Choleralazareths mit neuengagirtem Aerzte- und Wärterpersonal durch. Nach 20 Tagen war die Epidemie erloschen; 81 Choleraanfälle waren zur Behandlung gekommen.

Kurella (Ahrweiler).

---

597) **Nötel**: Bericht über die Rheinische Provinzial-Irren-Anstalt Andernach in den Jahren 1880—1887.

Seit Eröffnung der Anstalt am 15. October 1876 fanden bis 31. Dez. 1886 im Ganzen 1641 Aufnahmen statt. Der jährliche Durchschnitt betrug für die ersten 5 Jahre 152, für die letzten 5 Jahre 161. Die Zahl der weiblichen Aufnahmen hat beträchtlich zugenommen, bei den Männern ist eine geringe Abnahme bemerkbar. Mit Ausnahme des Jahres 1882, wo eine grössere Ueberführung von Kranken nach Bonn stattfand, wuchs die Zahl der Verpflegten und des Bestandes von Jahr zu Jahr. Den höchsten Bestand hatte die Anstalt 1886,

442 Kranke (218 M. 224 W.). In den Sommermonaten sind Aufnahmen am zahlreichsten, hauptsächlich Frauen.

Die grösste Aufnahmezahl war 27 im August 1885, die geringste 4 im September 1879. Dieses Ueberwiegen der weiblichen Aufnahmen im Sommer mag seinen Grund darin finden, dass im Sommer die Beaufsichtigung solcher Kranken für die Landbevölkerung, aus der sich die meisten Aufnahmen rekrutiren schwieriger ist. Zieht man die wiederholt Aufgenommenen (75 M. 84 W.) von den Aufgenommenen ab, so sind 1482 (741 M. 741 W.) in Andernach verpflegt worden. Davon waren paralytisch 104 Männer, 25 Weiber, also 14% M., 3,4% W. An Epilepsie litten 49 Männer, 36 Weiber (6,6% M. 4,9% W.). Idioten waren 2,7% Männer, 1,7% Weiber. An Del. pot. waren nur 3 Fälle. Als nicht geisteskrank sind 2 Personen aufgeführt, von denen eine später der Anstalt wieder zugeführt und blödsinnig wurde.

Entlassen wurden 600 Männer, 606 Weiber. Davon waren genesen 27,7% (23.2% M. 32,3% W.), gebessert 22,3%, ungeheilt 30%, gestorben 20% (24,6% M. 15,2% W.). Was die Krankheitsdauer vor der Aufnahme betrifft, wurden die Frauen durchschnittlich der Anstalt rascher zugeführt, als die Männer: bei einer Krankheitsdauer bis zu 6 Monat waren es 52,1% M. und 57,9% W.; für die Paralyse gelten ähnliche Zahlen; die Epileptischen wurden sehr spät der Anstalt übergeben. — Gerade 60% der Kranken kamen direkt in die Anstalt mit einer Krankheitsdauer unter 6 Monaten, indess immerhin noch über ein Fünftel sämmtlicher Kranken erst länger als 2 Jahre nach dem Beginn der Psychose. Die meisten Erkrankungen fallen in das Lebensalter von 26—30 Jahren, 229 (103 M. 126 W. oder 15,8%. Ueber die Hälfte der Erkrankungen, 779 oder 53,9%, hat ihren Beginn in der Zeit vom 21. bis zum 40. Jahre. In diesem Zeitraum ist zwischen Männern und Frauen kaum ein Unterschied (386 zu 393), jedoch ist bemerkenswerth, dass gerade in dem Alter von 26—30 Jahren die Frauen besonders stark über die Männer und zwar um 23 überwiegen. In der Zeit vor dem 20. Jahre sind die Frauen um 14 stärker betheiligt, als die Männer, und ebenso im Alter von 46—60 Jahren um 25, wogegen im Alter über 60 Jahre die Männer mehr vertreten sind. Der Ueberschuss der Männer in den Jahren 31—45 kommt ganz auf Rechnung der Paralyse. —

Die Paralyse kommt vor im Alter von 26—70 Jahren. Die meisten Fälle bei den Männern sind zwischen dem 30. und 35. Jahre, bei den Frauen zwischen 44 und 50 Jahren. — Die Epilepsie ist eine Krankheit des früheren Lebensalters, nach 40 Jahren ist sie selten. Ledig waren unter den Aufgenommenen 55,6% M., 53,29% W., verheirathet 37,84% M., 32,44% W., verwittwet etc. 6,56% M., 14,27% W. Die Paralyse findet sich vorwiegend bei den verheiratheten Männern; unter 100 Paralytikern waren 17,17% ledig, 57,76 verheirathet und 7,07 verwittwet. Bei den Frauen sind die Verheiratheten ebenfalls am zahlreichsten.

Unter den 1482 verpflegten Personen gehörten 618 (312 M. 306 W.) = 41,7% der Stadtbevölkerung, 864 (429 M. 435 W.) = 58,3%

der Landbevölkerung an. Hervorzuheben ist nur, als bedingt durch den Weinbau, eine Menge Winzer, welche 6% der männlichen Verpflegten ausmachen, und bei den Frauen eine verhältnissmässig grosse Zahl von Lehrerinnen (10). Die Paralytiker sind vorwiegend Stadtbewohner, 23,29% M. 5,87% W. dagegen Landbewohner 7,22% M., 1,6% W. Was den Beruf angeht, so sind besonders in die Augen fallend die Berufssoldaten 83,3%, die Kaufleute 33,9%, die Eisenbahnbeamten und solche Personen, die mit geistigen Getränken handelten. Von 104 paralytischen Männern waren übrigens 28 = 26,92% dem Trunk ergeben, während die Potatoren bei der Gesammtzahl der männlichen Kranken sich auf 20,24% belaufen. —

Unter 1475 Aufnahmen (732 M. 743 W.) waren 810 (398 M. 412 W.)=44,91% erblich belastet 685 = 52,93%. Davon kommen auf einfache Seelenstörung 268 Männer (54,6%), 303 Weiber (53,1%), auf Paralyse 48 M. (48,5%), 13 W. (59%), auf Epilepsie 21 M. (45,6%), 15 W. (44,1%), auf Idiotie 11 M. (55%), 6 W. (46,1%). — Die hohe Zahl erblich Belasteter unter den Paralytikern verdient Beachtung, da „nach den Angaben der meisten Autoren die Heredität keine erhebliche Rolle bei Paralyse spielt.“ (Mendel.)

Directe Erblichkeit war vorhanden bei 200 Männern, 204 Weibern, indirecte, und dies bei den Frauen etwas mehr als bei den Männern. Bei Vergleichung des väterlichen und mütterlichen Einflusses zeigt sich der väterliche Einfluss grösser als der mütterliche, bei der directen Erblichkeit noch mehr als bei der indirecten. Unter dem Einflusse der Erblichkeit von Vaterseite erkranken mehr männliche, unter dem mütterlichen Einfluss mehr weibliche Individuen, und dieser Unterschied ist bei der direkten Erblichkeit deutlicher als bei der indirecten.

Ueber den Einfluss der verschiedenen Arten von krankhaften Momenten bei den Ascendenten auf die Descendenten ist Folgendes zu erwähnen.

I. Directe Erblichkeit.

Bei *Geisteskrankheit* des Vaters erkrankten 25% Männer, 28,1% Weiber (Töchter vorwiegend), bei Geisteskrankheit der Muttnr 60,9% M., 52,1% W. (Söhne vorwiegend disponirt); auch ist Geisteskrankheit der Mutter das häufigste ätiologische Moment im Vergleich zu anderen für das Irresein der Kinder. Bei der Paralyse überwiegen bei Geisteskrankheit des Vaters stark die Töchter, bei Geisteskrankheit der Mutter die Söhne, bei einfacher Seelenstörung sind die Töchter geisteskranker Väter seltener als die Söhne. Geisteskrankheit beider Eltern überwiegt beträchtlich alle anderen Momente (65% M. 37,6% W.). *Bei Nervenkrankheit* des Vaters 20,7 M.: 20,1 W., doch ist die Paralyse bedeutend stärker bei den Töchtern vertreten (26, 3% M. 42,8% W.). Bei Nervenkrankheit der Mutter 23,4% M., 19,1% W., nur bei Paralyse umgekehrt. Nervenkrankheit der Mutter nur bei männlichen Epileptikern. Bei Nervenkrankheit beider Eltern finden sich mehr Frauen erkrankt. Bei *Trunksucht* des Vaters 31,9% M.,

28,1% W., sie wirkt verderblicher auf die Söhne. Bemerkenswerth sind pp. 50% männliche Epileptiker und 66,7% weibliche Idioten als Folge der Trunksucht des Vaters.

II. Indirecte Erblichkeit.

Bei *Geisteskrankheit* von Verwandten väterlicher Seite erkrankten 97,1% Männer, 90,9% Weiber, mütterlicherseits 75,9% M., 94% W.

Bei *Nervenkrankheit* der väterlichen Verwandten erkrankten nur Frauen, bei Nervenkrankheit der mütterlichen viel mehr Männer als Frauen.

Familienanlage bei Geschwistern war fast in einem Fünftel aller erblichen Fälle vorhanden. Am häufigsten ist die Geisteskrankheit der Geschwister, am seltensten die Trunksucht. Geisteskrankheit und Nervenkrankheit öfter bei Frauen als Männern.

III. *Blutsverwandtschaft* der Eltern liess sich nur in 3 Fällen nachweisen.

IV. Von *ausserehelicher Herkunft* waren unter 1482 versch. Verpflegten 23 Personen (10 M., 13 W.).

Auf 1294 erstmalige Aufnahmen kommen 181, mehrmalige 78 M., 103 W., also 3,2% mehr Weiber von der gesammten Aufnahme, entsprechend der bekannten Thatsache, dass die Recidive bei den Frauen häufiger sind bei den wiederholten Aufnahmen bedeutend mehr vertreten.

Genesen sind im Ganzen 333 Kranke (137 M. 196 W.). Die Zahl der Genesungen ist im Laufe der Jahre kleiner geworden, besonders für die Männer, da die bereits bei der Aufnahme prognostisch ungünstigen Fälle zunehmen.

Wenn man die Genesungen nach Zahl der Aufnahme und Erblichkeit betrachtet, so stellt sich der Procentsatz der Genesungen zu den erstmaligen und (nach vorheriger Genesung) wiederholten Aufnahme bei den Männern 18,71%, bei den Frauen 26,37%. Die wiederholten Aufnahmen gaben also einen höheren Procentsatz Genesungen. Die erblichen Fälle sind unter den Genesungen zahlreich, eine Bestätigung des von Jung aufgestellten Satzes.

Die grösste Zahl unter den 333 Fällen von Genesung betrifft natürlich solche Kranke, die schon kurze Zeit nach dem Beginn des Irreseins der Anstalt zugeführt worden waren. Trennt man die Fälle nach solchen mit einer Krankheitsdauer unter und über 6 Monate, so ergibt sich, dass bei einer Dauer unter 6 Monaten 83,94% Männer, 90,30% Weiber, über 6 Monate 16,06% M., 9,70% W. genesen sind. Von den Kranken, die bei der Aufnahme nicht länger als 1 Monat krank waren, sind rund die Hälfte genesen.

Von den Genesenen blieben die Frauen durchschnittlich etwas länger in der Anstalt; vor Ablauf von 6 Monaten wurden entlassen 49,63% M., 42,34% W., nach 6 Monatsn 50,37% M., 57,66% W. Ueber 1 Jahr blieben nur wenige der Genesenen in der Anstalt, und eine Genesung nach mehr als zweijährigem Aufenthalt in der Anstalt gehört zu den Seltenheiten.

Gestorben sind in den 10 Jahren im Ganzen 240 Kranke (148 M. 92 W.). = 14,6% der Gesammtaufnahme. Auf 10 Frauen kommen 18 Männer durch das bedeutende Vertretensein der Paralyse unter den Männern. Die Prozentzahl der Todesfälle nach dem durchschnittlichen Bestand ist 8,33. — Der durchschnittliche Aufenthalt in der Anstalt für die sämmtlichen gestorbenen Männer beträgt annähernd 17 Monate, für die Frauen 27 Monate. — Die meisten Todesfälle kommen auf die Wintermonate, namentlich starben zu der Zeit zwei Drittel sämmtlicher Paralytiker. Was die Todesursachen betrifft, so kommen die meisten Fälle auf Krankheit des Nervensystems, 116 (83M. 33 W.) = 48,33%, bei der Paralyse machen sie 76% M., 58,8% W. aus. Tumoren fanden sich bei 4 M., 3 W., darunter bei einer Frau Cysticerken. 10 Epileptische blieben im Krampfanfall. An Lungenkrankheiten starben 36 = 15%, darunter an Pneumonie 17 Männer und 7 Weiber. Selbstmorde kamen 3 M., 3 W. vor, zwei paralytische Männer erstickten beim Essen.

An Tuberkulose starben 33 (16 M., 17 W.) = 13,75%.

(Fortsetzung folgt).

Neuendorff (Bernburg).

---

598) **Kirn** (Freiburg): Ueber die Psychosen in der Einzelhaft.

(Berl. klin. Wochenschrift 1888 Nro. 33.)

Auf Grund statistischer Ergebnisse hat man die Gefangenschaft in naheliegender Weise angeschuldigt, *ungemein unheilvoll* auf die *psychische Gesundheit* einzuwirken.

Dennoch müssen dem Forscher *Zweifel* an dieser scheinbar so wohl begründeten Auffassung aufsteigen.

Sehen wir uns beim Durchwandern der Strafanstalten die Inhaftirten unbefangenen Blickes an, so zeigen viele schon in *ihrem Aeusseren*, in Schädelbau und Physiognomie, in Haltung und Auftreten etwas *Eigenartiges*. Gehen wir *näher* an die anthropologische Untersuchung der einzelnen Individuen heran, so staunen wir über die Häufigkeit der *krankhaften Prädisposition*, welcher die Sträflinge unterworfen sind, und zwar in *ungemein viel höherem Grade*, als die frei lebenden Menschen.

Da ist zunächst die *erbliche Veranlagung* weit verbreitet. Ferner finden wir häufig in der Kindheit überstandene *Gehirnkrankheiten*, *Epilepsie*, oder vor vielen Jahren erlittene *Kopftraumen*. Hierzu kommt vielfach eine durchaus *mangelhafte* oder geradezu *verkehrte Erziehung*, oder seit Kindesbeinen eine absolut *unhygienische Lebensführung*, ein arbeitsloses, abenteuerliches Umherwandern, ein an Excessen reiches Dasein. Andere haben zuvor an *Alkoholismus* gelitten, oder schon früher *Anfälle von Seelenstörung überstanden*, ehe sie auf die Bahn des Verbrechens geriethen.

K. schliesst aus seinen Untersuchungen, die Thatsache einer, gegenüber der Aussenwelt, *ungemein erhöhten psychopathischen Prä-*

disposition bei den Verbrechern, welche ihrer Entstehungszeit nach bald als eine *angeborene*, bald als eine *erworbene* betrachtet werden muss.

Es ist zumeist *nicht* die *lange Einsperrung* welche die Störung wachruft, sondern dieselbe kommt in der Regel *sehr rasch*, zuweilen schon in den ersten Wochen, oft in den ersten Monaten oder dem ersten Halbjahre oder wenigstens im ersten Jahre der Einsperrung zum Ausbruch.

Die geschilderte Veranlagung soll nur die *Häufigkeit* der Strafanstalts-Psychosen erklären, ist keineswegs aber eine unbedingte Vorbedingung derselben. Thatsächlich treten auch Störungen bei Nicht-Prädisponirten auf und auch das durchaus naturwidrige Leben in der Gefangenschaft ist wohl angethan, den ganzen Menschen, somit auch sein psychisches Leben, zu schädigen.

Die Frage, ob die Häufigkeit der Seelenstörungen von dem *System* der Einsperrung abhänge, namentlich ob *Einzelhaft* oder *gemeinschaftliches Büssen* schädlicher einwirke, ist von verschiedenen Seiten verschieden beantwortet worden. Gewiss ist auch die *Art der Ausführung* von grossem Belange, denn es kann ebesowohl die Einzel- als die gemeinschaftliche Einsperrung human oder inhuman vollzogen werden.

Die Störungen in der gemeinschaftlichen Haft sind im Allgemeinen *wesentlich verschieden* von denen der Einzelhaft; in jener beobachtet man in der Regel sich *langsam entwickelnde chronische Störungen* mit dem Charakter der Demenz oder chronischen Verrücktheit, in dieser überwiegend *acute Psychosen*. Die ersten werden in Folge ihrer allmähligen Entwicklung und des Mangels einer individualisirenden Beobachtung oft lange verkannt, die letzteren *müssen* durch auffällige Symptome alsbald von der Umgebung wahrgenommen werden. Die Psychosen treten in der Einzelhaft *häufiger* auf, sie sind aber auch *weit heilbarer* als jene der Gemeinschaft. Auch vom psychiatrischen Gesichtspuncte aus ist die Einzelhaft als die im Grunde *minder gefährdende* Form der Einsperrung zu betrachten.

Nicht allein bereits ausgesprochen Geistesgestörte werden in die Isolirhaft eingeliefert, sondern gerade die schwer Belasteten und Degenerirten verfallen leicht in eine *durch ihre vita anteacta vorgezeichnete Richtung der Störung*, während die charakteristischen Isolirungspsychosen in der Regel Individuen betreffen, welche zwar auch mehr oder weniger prädisponirt, aber noch psychisch gesund ihre Strafe antreten.

In der Einzelhaft entstehen Geistesstörungen, welche eine typische Entwickelung und ein charakteristisches Symptomenbild zeigen. In erster Linie ist für sie der acute Verlauf, in zweiter das *mächtige Hervortreten der Sinnestäuschungen* bezeichnend. Ihrem Inhalte nach äussern sie sich selten als acute Manie, häufiger als acuter Wahnsinn, weitaus am häufigsten als acute Melancholie.

Unter 134 von K. im Freiburger Landesgefängniss beobachteten Psychosen hat er die typische Form der acuten Melancholie 38 Mal, die des Wahnsinns 16 Mal, die der Manie nur 3 Mal beoachtet. Sämmt-

liche Fälle boten ein schulgerechtes, bald mehr bald minder ausgeprägtes Krankheitsbild.

Die *acute hallucinatorische Melancholie*, die weitaus häufigste und am meisten charakteristische Einzelhaftpsychose, stellt sich dar als tiefschmerzliche Verstimmung mit lebhaften Sinnestäuschungen peinlichen Inhalts, welche einen raschen Verlauf nimmt, und grosse Tendenz zur Genesung zeigt.

Nach kurzer Zeit stellen sich auf dieser Grundlage in *acuter Weise Hallucinationen*, überwiegend in der Nacht zuerst hervortretend, ein, welche von grosser Intensität sind und das Bewusstsein völlig beherrschen. Rasch hat nun die Melancholie ihre Höhe erreicht, sie äussert sich als tiefe Depression mit ängstlichen Befürchtungen, mit Weinen und Klagen, mit Angst und Ruhelosigkeit, zuweilen mit activen motorischen Entladungen, welche sich auch gegen das eigene Leben richten können.

Den Hallucinationen geht stets eine Verstimmung voraus. Diese kann allerdings bei zurückhaltenden Kranken leicht übersehen werden, so dass erst die plötzlich aufgetauchten Sinnesdelirien die vorhandene Störung aufklären.

Von den *Hallucinationen*, welche stets eine grosse Lebhaftigkeit bekunden, überwiegen ganz bedeutend diejenigen des *Gehörs;* können sie nicht nachgewiesen werden, so wird stets der Zweifel berechtigt bleiben, ob sie nicht dissimulirt seien.

Nach K. sind die Gehörsstörungen wohl in erster Linie zurückzuführen auf eine krankhafte Hyperästhesie der Gehörscentren, welche durch den Ausfall der normalen Reizquellen bedingt ist; schreitet der krankhafte Process von den Sinnescentren auf die Vorstellungscentren weiter, so entstehen die specifischen Sinnesdelirien.

Der Inhalt der von den Kranken gehörten Stimmen zeigt in den einzelnen Fällen eine grosse Verwandtheit bis völlige Gleichheit. Die Kranken hören Schmähungen und Verläumdungen, oft schlimmster Art, man macht ihnen Vorwürfe wegen ihrer Vergangenheit, man beschuldigt sie hässlicher Vergehen oder schrecklicher Verbrechen. Oder sie vernehmen Drohungen, sie würden an ihrem Körper verstümmelt, sie würden lebenslänglich eingesperrt, getödtet etc. Andere wieder hören Stimmen, welche sie zum Selbstmord auffordern. In der Regel wiederholt sich der gleiche Inhalt der Stimmen immer wieder.

In zweiter Linie der Häufigkeit folgen die Delirien des *Gesichts*, welche ich kaum bei der Hälfte der Kranken feststellen konnte. Unter ihnen überwiegen unheimliche, menschliche Gestalten, böse Geister, hässliche Thiere, welche den Kranken bedrohen und ihm grosse Furcht einflössen.

Weit seltener sind widrige Geschmacks- und Geruchsempfindungen und peinliche Sensationen, welche in allegorischer Umgestaltung zum Bewusstsein kommen.

In inniger Verbindung mit den Sinnesdelirien treten *Angstan-*

fälle auf, welche häufig das Gepräge einer wohlausgebildeten Präcordialangst zeigen.

Die Erkrankung bleibt, bei andauernder Depression und gleichartigen Delirien mit Anfällen von Angst und Aufregung, nur kurze Zeit auf ihrer Höhe, um meist nach Aufhebung der Isolirung rasch abzufallen und in wenigen Wochen oder etwa 2 Monaten zur Genesung zu führen.

Die zweithäufigste Einzelhaftpsychose, der *acute hallucinatorische Wahnsinn*, von K. in 16 Fällen beobachtet, beginnt, nachdem bald mehr, bald weniger ausgesprochene körperliche Krankheitserscheinungen aber keine psychische Depression vorausgegangen, *unmittelbar mit Sinnestäuschungen*, welche also nicht von einer Verstimmung abhängig sind, sondern direct vom Kern des Bewusstsein ausgehen.

Auch beim Wahnsinn *überwiegen bedeutend die Delirien des Gehörs*, welche selten fehlen (Ausdrücke der Verfolgung; Mittheilungen über hohe Abstammung und grosse Reichthümer; göttliche Eingebungen; geschlechtliche Aufforderungen etc.), in zweiter Linie folgen die des Gefühls, erst in dritter solche in anderen Sinnesgebieten.

Die Sinnestäuschungen pflegen von grosser Lebhaftigkeit zu sein, sie beherrschen das Bewusstsein völlig und führen alsbald zur *Wahnbildung*, welche aber im Gegensatz zum chronischen Wahnsinn minder abgegrenzt und systematisirt erscheint.

Der *Inhalt des Wahns* lässt sich der Skala der Häufigkeit seines Auftretens nach bezeichnen als Verfolgungs-, Grössen-, religiöser und sexueller Wahn.

Auch hier ist die Höhe der Steigerung rasch erreicht. Der Kranke ist von seinem Wahn, welcher von den zumeist stationären Sinnesdelirien stets wach erhalten wird, völlig beherrscht und handelt in seinem ganzen Auftreten und Benehmen im Sinne desselben.

Nach Remissionen und Exacerbationen erfolgt in der Regel in verhältnissmässig kurzer Zeit der Abfall der Erscheinungen. Dieser ganze Ablauf vollzieht sich innerhalb der Zeit von mehreren Wochen bis wenig Monaten.

So gestaltet sich denn auch die Prognose dieser Störung im Allgemeinen günstig, immerhin etwas minder gut, als bei der acuten Melancholie, indem bei einem kleinen Bruchtheil der Fälle die erhoffte Lösung der Erscheinungen nicht eintritt, vielmehr der Wahn unter andauernden Sinnestäuschungen sich fixirt und damit der acute Wahnsinn zum chronischen unheilbaren fortschreitet.

Die *acute hallucinatorische Manie* welche verhältnissmässig selten aufzutreten scheint, wurde von K. nur in 3 Fällen beobachtet, bei welchen eine etwas längere Gefangenschaftsdauer, als bei den früher geschilderten acuten Psychosen vorausgegangen war. Sie charakterisirt sich durch *hochgradige Aufregung* mit *tief gestörtem Bewusstsein* und *blinde Herrschaft von Hallucinationen*. Diese können sich in allen Sinnesgebieten einstellen, zumeist aber treten solche des Gesichts und dann des Gehörs hervor. Die Aufregung ist mit impulsiven motorischen

Entladungen verbunden, welche die verschiedensten Richtungen annehmen können. Die rasch auf ihren Höhepunkt angestiegene Erkrankung bleibt auf diesem nicht allzu lange stehen und geht zumeist in raschem Abfall nach einer relativ kurzen Dauer in völlige Genesung über. K.

599) **P. Aubry**: La contagion du meurtre. (Paris 1888. Bailière fils).

Die anthropologisch-criminelle Schule macht in Frankreich mehr und mehr Propaganda, und nachdem sie ihre Handbücher und neuerdings auch ihre Archive d'anthropologie criminelle erhalten hat, sind in diesem Jahre auch eine Reihe von Monographieen veröffentlicht worden. Im Sinne dieser Schule untersucht A. die Contagiosität des Mordes, und behandelt im ersten Theil seiner Arbeit das Medium, in welchem das „Contagium" sich fortpflanzt (Familie, Zuchthaus etc.), im zweiten die plötzliche Liebhaberei für besondere Methoden (Revolver, Vitriol, gewisse Gifte), im dritten das endemische und epidemische Auftreten der „Mord-Manie".

A. weist nun nach, dass in der That ein Mord durch eine Art von Uebertragung stets andere anregt, und dass der Boden für diese Contagion entweder durch Degeneration resp. Heredität, oder durch die Erziehung geschaffen ist, wobei besonders die ausführlichen Berichte der Presse über allerlei Greuel nachweislich anstachelnd wirken, und eine Reihe von Verbrechern desselben Typus provociren. Während heftiger politischer und socialer Umwälzungen ist durch das Auftauchen zahlreicher fanatischer, blutdürstiger Elemente eine Reihe von Beispielen gegeben die zur Nachahmung reizen Bekanntlich hat besonders Taine, der als Historiker besonders von psycho-physiologischen Gesichtspunkten ausgeht, diese Rolle bei Danton und Marat zur Evidenz nachgewiesen.

A. gewinnt von diesem Gesichtspunkte aus auch Material zur Prophylaxe des Mordes, die auf eine straffere Strafrechtspflege, eine gesunde, moralische Hygiene, und vor allen auf eine Besserung der Pressverhältnisse unter Ausschluss von sensationellen Berichten über Criminalfälle zu gründen wäre. K.

600) **Henry Maudsley**: Remarks on crime and criminals.
(Journal of mental science Juli 1888.)

In diesem Artikel wendet sich M. gegen alle die, welche in jedem Verbrecher einen Kranken, der mit einer specifischen Neurose behaftet sei, sehen wollen. M. unterscheidet die Verbrecher in Gelegenheits- und essentielle Verbrecher. Erstere zeigen weder in ihrer Gestalt, noch in ihrem Gesichte, noch in der Structur ihres Gehirns irgend etwas wodurch sie sich von Gesunden unterscheiden. In dem Verbrechen sind sie auf ganz natürliche Weise durch die unglückliche Verkettung widriger Verhältnisse gelangt, wie dies im gegebenen Falle bei ausserordentlich vielen Nicht-Verbrechern geschehen würde; M. weist hier auf diejenigen hin, welche durch ihre Spekulationen, Gründungen be-

trügerischer Art in Wirklichkeit Diebstahl an Diebstahl knüpfen, ohne aber darum als Verbrecher zu gelten, im Gegentheil oft die grösste Anerkennung geniessen.

In die zweite Gruppe gehören die, welche Verbrecher werden infolge defectiver geistiger Organisation; es sind Personen, welche die natürlichen Gelüste und Leidenschaften besitzen, aber jener Entwicklung der Vernunft und der moralischen Gefühle ermangeln, welche bei normal Veranlagten erstere im Zaune halten, und die infolge dessen auch in verwickelten Lagen nur ihrem natürlichem Instinkte folgend Handlungen begehen, welche nothwendigerweise gegen die gesellschaftliche Ordnung verstossen. Sie sind entweder Kinder von Verbrechern und in einer verbrecherischen Atmosphäre erwachsen, oder Kinder von neuropathischen, geisteskranken Eltern. Auch sie haben keine specifische criminelle Neurose, wenn anders wir mit diesem Ausdrucke einen bestimmten Begriff verbinden wollen.

Eine dritte Gruppe bilden die Geisteskranken z. B. Paralytiker, Epileptiker, an moral insanity Leidende, welche zugleich und infolge ihrer Krankheit Verbrecher geworden sind.

M. kommt zu dem Schlusse, dass es keine allgemeine criminelle Constitution gebe, welche zum Verbrechen praedisponire und so auch ein solches entschuldige und dass keine Theorie der criminellen Anthropologie so wohlbegründet und sicher erscheine, dass ihre Einführung in die Criminalgesetze gerechtfertigt wäre. Die gegenwärtige Aufgabe eines wissenschaftlichen Studium der Criminalanthropologie müsse gerichtet sein auf Erkennung der zu Verbrechen führenden Geisteskrankheiten und andererseits auf systematische genaue Untersuchung aller oben erwähnter Fälle von defectiver Geistesorganisation in Bezug auf Heredität, geistige und körperliche Veranlagung. Erziehung, und die näheren Umstände der auf diesem Boden enstandenen Verbrechen.

Strauscheid (Bendorf).

---

601) **A. Krauss** (Tübingen): Zur Kenntniss der Brandstifter.

(Friedreichs Bl. f. ger. Med. u. s. w. 39. Jg. 3. H. Mai und Juni.)

1. Marie A., 13 Jahre alt, Bauerntochter in H. bei Metz, vollführt in der Zeit vom 22. 1. bis 22. 2. 1883 im Anwesen ihres Vaters 16 Brandstiftungen, leugnet aber die Thäterschaft. Ausserdem schreibt sie Drohbriefe. Ein von ihr angelegtes dickes Heft enthält Abschriften tragischer Geschichten. 2 mal hatte sie Hallucinationen des Gesichts und Gehörs. Im Gefängniss springt das Mädchen Nachts plötzlich auf und tanzt schlafend mit offenen Augen herum. Spuren beginnender Menstruation. Sechswöchentliche Beobachtung in der Irrenanstalt führt zu keinem Resultat. M. A. wird wegen Mangels genügender Verdachtsgründe ausser Verfolgung gesetzt.

Dem Referat des Falles durch einen Juristen im „Tribunal“ schliesst K. seine psychologische Analyse an. Das hereditär belastete,

in der Pubertät befindliche, schwächliche und anämische Mädchen zeigt einen ausgeprägten Trübsinn, der oft eine pessimistische Zerstörungssucht im Gefolge hat. Die Hallucinationen des Gesichts u. Gehörs geben den verstärkten Impuls zur That. Ein auf melancholischer und neuropathischer Basis ruhender, durch Hallucinationen vermittelter Zerstörungstrieb bedingte die verbrecherischen Handlungen der M. A.

2. Fall, von Dr. v. Schwarze unter dem Titel: Wiederholte Brandstiftung ohne erkennbares Motiv veröffentlicht.

Ernst K., 26 Jahre alt, Wollsortirer; bisher unbestraft, Trinker, verübt in kurzer Zeit 6 Brandstiftungen und gesteht alles beim 2. Verhör. Bei den ersten 5 sei er stets etwas angetrunken gewesen. Dass er unrecht gethan, weiss er. Ref. constatirt: 1. sorglosen Leichtsinn, 2. kein Motiv, 3. keine Epilepsie. K. ist ein willensloser schwacher Mensch und handelt aus Leichtsinn und Uebermuth.

Eigene Beurtheilung des Falles. Ein gewisser Grad von Trunkenheit bringt in dem disponirten Individuum excentrische Entschlüsse hervor. Die Hirnreizung durch Alkohol scheint individuell die Vorstellung Feuer hervorzurufen. Die That folgt aus dem Mangel sittlicher Corrective. Der habituelle Betrieb des Verbrechens aus der Thatsache der erstmaligen gelungenen Ausführung der bösen Absicht. Der Brandstiftungsgedanke wird dadurch zur Leidenschaft. K. ist kein geborener Verbrecher im Sinne Lombroso's, sondern ein feiger Schwächling, der in Folge leichter Berauschung den Gedanken des Feuerlegens fasst und Kraft seiner Willensschwäche leidenschaftlicher, habitueller Brandstifter wird. Landsberg (Ostrowo).

II. Aus den Vereinen.

Ophthalmological Society of the united Kingdom.

Sitzung vom 14. Juni 1888. (The British med. journ. Juni 23. 1888.)

602) **W. Collins**: *Paralysis of the fifth nerve associated with cataract. (Trigeminus-Lähmung mit Cataract.)*

Die Paralyse betraf sämmtliche sensible Zweige des r. Trigeminus; über die Aetiologie war nichts bekannt. 11 Monate lang litt der Pat. an heftigen Schmerzen in dem anästhetischen Gebiete, ausserdem nahm die Sehkraft des entsprechenden Auges ab.

Als Ursache hierfür ergab sich eine diffuse Linsentrübung während Conjunctiva und Cornea von Anfang an frei geblieben waren.

Aeussere Schädlichkeiten können demnach in diesem Falle für die trophische Störung nicht verantwortlich gemacht werden.

Nagel (Halle a. d. S.).

III Feuilleton.

Aerzte und Verwaltung der Anstalt Voorburg.

Conflicte zwischen Anstalts-Aerzten und höheren Instanzen der Anstalts-Verwaltung sind, wie die Leser wissen werden, nicht gerade selten. Gewöhnlich aber bleiben sie in den Acten, geschmeidige und fügsame Naturen wissen sich zu fügen, selbstständigere wissen sich zurückzuziehen. Ein solcher Fall hat sich im Frühjahr dieses Jahres in der Anstalt von Nord-Brabant, Voorburg, begeben. Der Director und die beiden Assistenten kündigten gleichzeitig, weil die Anordnungen der Regenten (Verwaltungs-Commission) ihnen mit den Rechten und Pflichten des Arztes unvereinbar schienen. Director war der Redacteur der Psych. Bladen, T e l l e g e n. Trotzdem die Staats-Inspectoren des niederländischen Irrenwesens energisch für die Aerzte eintraten, wurden die Entlassungsgesuche genehmigt; der Chef der Verwaltungscommission (Präsident-Regent) war nähmlich parlamentarischer Leiter der Provinzialstände.

In den Verhandlungen erklärte ein Mitglied der Commission, ein Herr T i l m a n, die Anstalt Voorburg wäre einfach ein Platz, um Irre unschädlich zu machen. Am 18. Juni nahm in dieser Sache die „Psychiatr. Vereinigung“ der Niederlande folgende Resolution an:

„Die Nro. 8 für Psychiatrie bezeugt den genannten Herrn ihren Dank, dass sie beim Aufgeben ihrer Stellung die einzig richtigen, für den Arzt einer Irrenanstalt bindenden, Grundsätze aufrecht erhalten haben. Sie spricht ihre Zuversicht aus, dass sich nie ein Arzt der Niederlande bereit finden lassen wird, unter irgend einer Form eine ärztliche Stelle an einer Anstalt anzunehmen, wenn dabei nicht das Prinzip der Selbstständigkeit des Arztes genügend verbürgt ist.“

Red.

I. Jahrgang unseres Centralblattes!

Die Nachfragen nach dem längst vergriffenen ersten Jahrgang unseres Centralblattes (1878) haben in der letzten Zeit so zugenommen, dass dem Plane eines Nachdruckes nähergetreten werden soll, wenn die genügende Zahl von Exemplaren des ersten Jahrgang vorher fest bestellt wird. Der Jahrgang wird zu M. 6 bis 7 geliefert werden. Feste Bestellungen, die zur Abnahme und Zahlung binden, sind an die Verlagsbuchhandlung von **Th. Thomas** oder an mich zu richten.

Dr. Erlenmeyer.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig. Druck von **Philipp Werle** in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. 1. September 1888. Nro. 17.

Inhalt.

I. Referate und Kritiken. **Boerner**: Anatomische Untersuchung eines Kindes mit Phocomelie. **Houzé**: Importance de l'étude des caractères physiques et plus spécialement de la craniologie en médecine mentale. **Mantegazza**: Ekstasen des Menschen. **Pelmann**: Nervosität und Erziehung. **Jasinski**: Plötzlicher Tod eines etwa 13 jährigen Mädchens in Folge heftiger Gemüthsbewegung. **Lemoine**: Ueber die Pathogenie der Epilepsie. **Jaffé**: Hyperemesis gravidarum. **Buchholz**: Beitrag zur pathologischen Anatomie der Gliose der Hirnrinde. **Laquer**: Zur Localisation der sensorischen Aphasie. **Schlöss**: Ueber das Gehirn eines Aphasischen. **Hoven**: Beitrag zur Anatomie der cerebralen Kinderlähmung. **Westphal**: Ueber Encephalopathia saturnina. **Cramer**: Beginnende multiple Sklerose und acute Myelitis. **Hayen** und **Parmentier**: Spinale Affectionen bei Gonorrhoe. **Hitzig**: Beiträge zu der Lehre von der progressiven Muskelatrophie. II. Drei fernere Fälle juveniler Muskelerkrankung. **Bramwell** und **Suckling**: Alcohol-Paralyse. **Dalché**: Friedreich'sche Krankheit. Pseudotabes. **Mathieu**: Combinirtes Auftreten von Hysterie und Neurasthenie. **Kny**: Ueber ein dem Paramyoclonus multiplex (Friedreich) nahestehendes Krankheitsbild. **Kahler**: Ueber die Erweiterung des Symptomencomplexes der Basedow'schen Krankheit. **Stiller**: Zur Therapie des Morbus Basedowii. **Fridenberg**: Hydrops intermittens articulorum. **Gilles de la Tourette**: L'attitude et la marche dans l'hémiplégie hystérique. **Blocq**: Des rétractions fibro-tendineuses compliquant la contracture spasmodique. **Blocq et Blin**: Note sur un cas d'athétose double. **v. Krafft-Ebing**: Eine experimentelle Studie auf dem Gebiete des Hypnotismus. **von Frankl-Hochwart**: Ueber mechanische und elek. Erregbarkeit der Nerven und Muskeln bei Tetanie. **von Frankl-Hochwart**: Ueber Elektrotherapie der Trigeminusneuralgie. **Grasset et Sarda**: Ein Fall von multipler Sclerose. Günstige Beeinflussung des Tremors durch Solanin. **Dutton**: Ein schlimmer Fall von Hysterie geheilt durch die Weir-Mitchell'sche Methode. **Kraepelin**: Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studirende und Aerzte. **v. Krafft-Ebing**: Ueber Neurosen und Psychosen durch sexuelle Abstinenz. **Neisser**: Kahlbaum's Gruppirung der psychischen Krankheiten 1863. **Strahan**: Recovery from chronic insanity: four cases. **Tak**: A strange case of suicide. **Greene**: Asylum Hospitals, with plans. **Tuke**: On the various modes of providing for the insane and idiots in the United States and Great Britain. **Baker**: Some remarks on the relation of epilepsy and crime.

II. Aus den Vereinen. I. Académie de médécine zu Paris. II. Société médicale des Hôpitaux zu Paris. III. Société de Biologie zu Paris.

III. Kleine Mittheilung.

I. Referate und Kritiken.

603) **E. Boerner** (Marburg): Anatomische Untersuchung eines Kindes mit Phocomelie. (1887. 27 S. 2 lithogr. Tafeln.)

Die fleissigen Untersuchungen B.'s haben mit der Neuropathologie nur insoweit eine gewisse Berührung, als hier eine congenitale

Deformität, die allerdings lebhaft an thierische Bildungen (Seelöwe) erinnert, mit gutem Grunde nichts auf atavistische Einflüsse, sondern auf rein mechanische, intrauterine Bedingungen zurückgeführt wird; man denkt dabei an die Versuche, Schädel von Mikrocephalen oder degenerirter Verbrecher als Rückschlagsbildungen zu deuten. Gegenstand der Untersuchung bildet ein Knabe, der, 80 Tage nach der Geburt an Pneumonie gestorben, die Hände fast unmittelbar am Rumpfe sitzen hatte, während die Füsse durch kurze, noch eine Zweitheilung in Femur- und Tibiasegment zeigende Glieder am Rumpf befestigt waren. An den oberen Extremitäten fand sich knöcherne Anchylose des kurzen Humerusfragments mit der Scapula, Ablösung der proc. coracoides, Dislocation der verkümmerten Vorderarmknochen; der Femur steht in knöcherner Anchylose rechtwinklig zu dem beiderseits nur durch einen Knochen (Tibia?) repräsentirten Unterschenkel. Aus einzelnen Details der Praeparate schliesst B. auf Eintritt der Störung in der 4.—6. Schwangerschafts-Woche. Kurella (Ahrweiler).

---

604) **Houzé** (Brüssel): Importance de l'étude des caractères physiques et plus spécialement de la craniologie en médecine mentale.

(Bulletin de la société de méd. ment. de Belgique Juli 1888.)

Nachdem Verf. eine kurze Anleitung zur Kephalometrie und spec. zur Kraniometrie gegeben hat, schildert er die Hauptcharactere der verschiedenen Menschentypen, aus denen sich die Bevölkerung Belgiens zusammensetzt. Erst wenn man die verschiedenen normalen Typen genau kennt, kann man mit Nutzen an die Kephalometrie der Geisteskranken und Verbrecher herangehen; hierbei wird es sich zeigen, dass es vollkommen unmöglich ist, einen allgemein gültigen Verbrechertypus aufzufinden, dagegen giebt es möglicherweise einen flämischen, englischen, italienischen etc. Verbrechertypus. Verf. wünscht, dass bei jedem Geisteskranken eine Reihe anthropologischer Fragen beantwortet werden.

---

605) **P. Mantegazza** (Turin): Die Ekstasen des Menschen.

(Jena, H. Costenoble. 1888. 446 S.)

M. gehört zu den, heut in Italien und Frankreich mehr als in Deutschland zahlreichen, Popularisatoren physiologischer und pathologischer Forschungsresultate auf dem Grenzgebiet zwischen Psychologie und Psychiatrie. Seine glänzende Diction, sein poetischer Schwung machen ihn zu einem, deutsche Leser etwas fremdartig anmuthenden, farbenreichen Darsteller von Affecten und Leidenschaften und was er hier über die verschiedenen Formen von Ekstase zusammengetragen hat, wird auch den Psychiater, noch mehr den gebildeten Laien interessiren.

Einzelne Capitel grenzen an das, was neuerdings in der Literatur des Hypnotismus so viel Aufsehen erregt, und die Verzückungen der heiligen Therese, die Stigmata der Anna Katharina Emmerich

sind von diesem Standpunkt aus heut doppelt interessant. Exacte Resultate liefert die zum Theil etwas breite Analyse der verschiedenen Formen von Ekstase bei M. nicht, und das Buch wird sein Glück im wesentlichen als Fundgrube merkwürdiger Thatsachen, oder bei Liebhabern schwungvoller Rhetorik als ein, auch in der Uebersetzung formell gelungene Specimen eines hervorragenden, italienschen Redekünstlers machen. Kurella (Ahrweiler).

---

606) **C. Pelmann** (Grafenberg): Nervosität und Erziehung.
(Bonn, Verlag von Emil Strauss.)

Der Verf. hat recht gethan, seinen in dem Centralblatte für allgemeine Gesundheitspflege erschienenen Aufsatz durch Separatausgabe weiteren Kreisen zugänglich zu machen, denn in farbenreicher Sprache und jedem verständlicher Weise behandelt er das schon oft behandelte Kapitel. Es kann nicht unsere Absicht sein, hier einen Auszug des Werkchens wieder zu geben, allein wir wollen nicht verfehlen, auf die goldenen Worte, die Verf. namentlich über die Knaben- und Mädchenerziehung gibt, aufmerksam gemacht zu haben.

Goldstein (Aachen).

---

607) **Jasinski** (Lemberg): Plötzlicher Tod eines etwa 13 jährigen Mädchens in Folge heftiger Gemüthsbewegung.
(Berl. Klin. Wochenschr. 1888. Nro. 34.)

„Weil der Mensch aus Gemüth und Leib besteht, so muss der Gerichtsarzt im Stande sein, die Folgen einer Schädlichkeit nicht blos im Leibe, sondern auch im Gemüthe verfolgen und nachweisen zu können. Namentlich handelt es sich da um die Folgen heftiger Gemüthsbewegung. Die Bestimmung der Tragweite dieser Bewegung ist sogar der wichtigere Theil der gerichtsärztlichen Aufgabe, denn das Gemüth bildet ja das Wesen des Menschen und ist zugleich jenes Merkmal, durch welches er sich von den Thieren unterscheidet. Das Gemüth steht aber mit dem Leibe in steter Wechselwirkung".

Der von J. in dieser Richtung beobachtete Fall ist der eines 13 jährigen Mädchen.

In einer galizischen Volksschule, welche von Mädchen und Knaben gemeinschaftlich besucht wird, hat der Lehrer, ein rohes und jähzorniges Individuum, die Schülerin Marie F., ein 13 jähriges Mädchen semitischer Abkunft, dafür dass es etwas unruhig gewesen, in einem Anfalle seines Jähzornes gewaltsam aus der Bank herausgeschleppt, gewaltsam über's Knie gelegt und ihm mit einem spanischen Rohr eine Anzahl Hiebe auf die Hinterbacken aufgezählt. Kaum war das so brutal behandelte Mädchen auf seinen Sitz zurückgekehrt, so sank es plötzlich zu Boden und blieb todt. In der kurzen Spanne Zeit jedoch, welche zwischen seiner Rückkehr in die Bank und seinem Tode verstrich, blätterte es gedankenlos in seinem Buche und verzog das Gesicht wie zu einem flüchtigen Lächeln.

Die gerichtlich vorgenommene Leichenschau der so plötzlich Verstorbenen ergab hochgradige active Hyperämie des Gehirns und seiner Häute als alleinige anatomische Ursache des Todes; der Zustand aller übrigen Organe hingegen war vollkommen normal; desgleichen der Gesundheitszustand vor dem Tode.

Nach diesem Sectionsbefund sahen sich die Gerichtsärzte vor die Frage gestellt, was denn bei Marie F. Ursache der tödtlichen Gehirn-Hyperämie gewesen ist. Auf den Kopf der Marie F. hat kein mechanischer Insult eingewirkt, und am wenigsten ein solcher, welcher geeignet gewesen wäre, eine tödtliche Gehirnhyperämie hervorzurufen. Ebenso wird auch das Verhalten der Marie F. nach ihrer Rückkehr in die Bank für Nichtkenner des menschlichen Gemüthes unverständlich sein. Ja, das gleichgültige Herumblättern im Buche und das Lächeln, welches nach gewöhnlichen Begriffen als Zeichen der Freude und innerer Zufriedenheit gilt, kann sogar irreführen und das Verständniss der bald darauf erfolgten Katastrophe noch mehr erschweren. In dieser prekären Lage befanden sich auch die Gerichtsärzte der Marie F. und erklärten daher in ihrem „Gutachten", dass die eigentliche Ursache des Todes der Marie F. durchaus räthselhaft sei, ihr Tod daher als reiner Zufall aufgefasst werden müsse.

Jasinski sucht durch folgendes Raisonnement den Tod des Mädchens aus dem Affect zu deduciren:

„Neben dem Schrecken und dem Entsetzen waren es auch noch andere Gefühle, welche das Gemüth der Marie F. stürmisch erregten. Von diesen Gefühlen will ich hier nur der Entrüstung, Schande, Schmach und Demüthigung gedenken. Das Gefühl der Entrüstung war bei Marie F. vollkommen gerechtfertigt, denn das Stockprügeln, zumal der Mädchen, ist, Dank den humanitären Anschauungen unserer Zeit, in den Schulen streng verboten. Es war also eine schreiende Ungerechtigkeit, welche sich der Lehrer gegen Marie F. zu Schulden kommen liess. Dieser Lehrer hat aber auch ihr Schamgefühl auf das Empfindlichste verletzt, und zwar hauptsächlich aus dem Grunde, weil in der Schule sowohl Knaben, als auch Mädchen anwesend waren. Um so tiefer musste also Marie F. die ihr widerfahrene Schmach und Demüthigung empfinden".

„Vergessen wir ferner nicht, dass Marie F. semitischer Abkunft war. Nun ist es bekannt, dass Mädchen dieser Abkunft ungemein feinfühlend sind und sowohl geistig, als auch körperlich sich schnell entwickeln und ebenso schnell reifen. Marie F. konnte demnach schon als ein reifes Mädchen angesehen werden. Als solches musste es über die erlittene Ungerechtigkeit und Demüthigung sehr empört und entrüstet sein." „Alle diese so deprimirenden Gefühle und Gedanken bildeten vereint eine mächtig wogende Sturmfluth, und der Anprall dieser Fluth war ein so gewaltiger, dass er das Gemüth der Marie F. bis in seine Grundfesten erschütterte".

„Im Allgemeinen kann man sagen, dass die Folgen heftiger Gemüthsbewegungen ebenso verschieden sind, wie ihre Ursachen; das

Entsetzen z. B. macht die Menschen gleichsam starr, denn es benimmt ihnen den Athem, macht sie für Augenblicke sprachlos und jeder Bewegung unfähig".

„Manche Personen bekommen unter solchen Umständen heftiges Kopfweh, welches bisweilen selbst bis zu den Erscheinungen einer Meningitis sich steigert, oder verfallen in eine Art Nervenfieber; noch andere endlich stürzen, wie vom Schlage gerührt, leblos zusammen. Dies erfolgt entweder plötzlich, oder wenigstens in sehr kurzer Zeit nach der erlittenen Gemüthserschütterung. Bei der Nekroskopie findet man alsdann entweder gar nichts Auffallendes im Gehirn, oder aber eine exquisite Hyperämie des Gehirns und seiner Häute. Diese Hyperämie führt bei älteren und an Arteriosklerose leidenden Personen zur Apoplexie, als dem Endgliede der Kette der Todesursachen; bei jüngeren Personen hingegen erfolgt der Tod auch ohne Apoplexie, wie dies eben auch bei Marie F. der Fall gewesen". K.

608) **J. Lemoine**: Note sur la pathogénie de l'épilepsie. (Ueber die Pathogenie der Epilepsie.) (Le Progrès medical. 1888. 16.)

Marie hat kürzlich auf die Bedeutung gewisser Infectionskrankheiten für die Entwickelung der Epilepsie im kindlichen Alter, sowie der Syphilis und der spastischen Erkrankungen des Wochenbettes für die im späteren Alter auftretende Epilepsie hingewiesen und dabei zugleich die Ansicht ausgesprochen, dass die idiopathische Epilepsie sehr selten vorkomme, vielmehr sich in den meisten Fällen eine Gelegenheitsursache nachweisen liesse, welche die Entwickelung hervorgerufen. L theilt diese Anschauung und geht noch weiter, indem er das Vorkommen von idiopathischer Epilepsie überhaupt leugnet und für jede eine physische Ursache, die der verschiedensten Art sein kann, annimmt, die man in einzelnen Fällen durch therapeutische Massregeln heben und dadurch das Symptom der Epilepsie zum Schwinden bringen könne. Diese physische Ursache für die Epilepsie des Kindesalters ist hauptsächlich in den Infectionskrankheiten dieses Alters zu suchen. Um nun aber später nervöse Symptome zu erzeugen, muss die betreffende Erkrankung nicht nur das Centralnervensystem in Mitleidenschaft gezogen, sondern auch persistirende Läsionen in demselben hervorgebracht haben. Das erste Auftreten der epileptischen Anfälle findet in den selteneren Fällen im acuten Stadium der Erkrankung, in dem Augenblick, wo diese sich generalisirt und Microbenherde sich in den nervösen Centralorganen bilden, statt; der Reiz, den die Entwickelung dieser Herde verursacht, genügt zur Auslösung der Anfälle. In den weitaus häufigeren Fällen jedoch tritt die Epilepsie erst zu Tage, nachdem diese kleinen Infectionsherde eine fibröse Umwandlung erfahren haben, die gebildete Narbe wird zur Urheberin der Anfälle. Diese Narben können nun je nach ihrem Sitze nicht nur Symptome epileptischer Art, sondern auch, sobald sie sich in der Nähe eines trophischen

Centrums entwickelt haben, Störungen trophischer Art, Atrophien, Entwickelungshemmungen hervorrufen. Die spinale Kinderlähmung, die ja so häufig Epilepsie im Gefolge hat, würde, wenn ihre parasitäre Natur, die wahrscheinlich ist, mit Sicherheit festgestellt wäre, als der Typus einer solchen Erkrankung gelten können.

Die sich häufig bei Epileptikern findenden an und für sich unbedeutenden Missbildungen, die man gewöhnlich als hereditäre stigmata bezeichnet, Asymmetrie des Gesichts, Missbildungen der Nase, der Zähne, der Gesichtsknochen, sind wie die Epilepsie auf die gleiche vorher erwähnte Ursache zurückzuführen. Verf. konnte bei mehreren Kindern, die im 2. Lebensjahre epileptisch geworden waren, durch Zeugniss der Eltern nachweisen, dass diese Misstbildungen erst nach der Geburt kurz vor dem Auftreten der Epilepsie sich entwickelt hatten; es handelte sich um Asymmetrien des Gesichts.

Die nervöse Belastung behält natürlich ihre praedisponirende Rolle, ein aus neuropathischer Familie stammendes Kind wird leichter eine nervöse Erkrankung davontragen, sobald eine Schädlichkeit sein Centralnervensystem trifft, wie ein solches, das von jeder Belastung frei ist. Holtermann (Sachsenberg).

---

609) **Jaffé:** Hyperemesis gravidarum.

(Volkmann's S. Klin. Vortr. Nro. 305.)

Nach Mittheilung eines letal verlaufenden Falles aus der 8. Schwangerschaftswoche geht J. näher auf die gesammte Pathologie der Hyperemese ein. Wir entnehmen dieser Darstellung einige Notizen über die ätiologischen Verhältnisse, die ziemlich unklar sind: mit der Erklärung der Affection als Reflexneurose ist nicht viel erklärt; wieweit pathologische Veränderungen im Uterus oder Ei eine Rolle spielen ist ganz zweifelhaft. Was die Bahnen für eine reflectorische Entstehung betrifft, so stammen die Magennerven vom Bauchtheil des Vagus, der links sich fast ganz in der Vorderfläche des Magens verliert; der rechte Vagus giebt dagegen nur einen Theil seiner Zweige an die hintere Magenwand ab; die Vaguszweige communiciren mit dem Sympathicus, der vom Plexus coeliacus aus Aeste zum Magen sendet; die Fasern derselben bilden in der Magen-Submucosa einen ganglienreichen Plexus; der vom Sympathicus stammende, viel Spinalnervenfasern erhaltende Pl. utero-vaginalis versieht die Genitalien mit Nerven, um den Cervix und den oberen Theil der Scheide liegen viele Ganglien. Diese Verhältnisse machen eine Reizung der Magennerven durch Veränderungen in den weiblichen Genitalien vermittels des Sympathicus begreiflich; pathologische Veränderungen der Genitalien finden sich nun oft bei Hyperemesis gravid; können aber auch fehlen.

Als einzige radicale Therapie muss die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft angesehen werden. K.

610) **Buchholz** (Heidelberg): Beitrag zur pathologischen Anatomie der Gliose der Hirnrinde. (Arch. f. Psych. XIX. 3. p. 591.)

Zu den unter obigem Namen beschriebenen 4 Fällen (Fürstner und Stühlinger) fügt der Verf. eine neue Beobachtung. Es handelt sich um eigenthümlich *höckerartige Veränderung der Grosshirnrinde.* In dem vorliegenden Falle befanden sich die Meningen, wie gewöhnlich bei der Paralyse, im Zustande chronischer Entzündung. Das Vorderhirn war atrophisch. Die Oberfläche der beiden Centralwindungen und der Lobuli paracentrales, der gyri recti und cinguli, der drei Stirnwindungen, der obersten Schläfen- und der Inselwindungen sind mit einer Unzahl stecknadelkopfgrosser Höckerchen besät, deren Gewebe direct in die Rindensubstanz übergeht. Dieselben sind inwendig solide mit Ausnahme eines einzigen mit einer Höhle versehenen Knöpfchens der ersten Stirnwindung. Auf Durchschnitten der Rinde erwies sich die obere Schicht als stark verbreitert und wenig tingirbar. Dieselbe besteht mikroskopisch aus einem dichten Fasernetz mit eingestreuten Spinnenzellen-artigen Gebilden. Daneben existiren reichliche Rundzellen und Uebergangsformen. Das Fasernetz ist an einigen Stellen zu dichteren Strängen consolidirt. Die Gefässe im Allg. vermehrt, sind theils einem chronisch-entzündlichen und theils bereits einem destructiven Process anheimgefallen. Die oben erwähnten Tubera bestehen in Wucherungen dieses veränderten Gewebes über die Rindenoberfläche hinaus und zeichnen sich durchweg durch derbere Faserconstructionen aus, die in einzelnen concentrisch angeordnet sind. Besonders ist dies der Fall in der Umgebung der ebenfalls oben besprochenen Höhle, die im Uebrigen mit einer geringen Menge von Flüssigkeit gefüllt ist. — Abgesehen von der beschriebenen Veränderung der obersten Schicht bot das Gehirn nur wenige Abweichungen vom Normalen. Die Ganglienzellen der tieferen Schichten waren stellenweise durch die Wucherungen zur Seite gedrängt und hatten hie und da an Zahl etwas abgenommen. Im Tangentialfasersystem liess sich kein deutlicher Schwund nachweisen. — Zu erwähnen bleibt schliesslich noch, dass — in Analogie der früher veröffentlichten Fälle — die Sehnerven beiderseits von gleichmässiger ziemlich starker Atrophie ergiffen waren. Langreuter (Eichberg).

---

611) **Leop. Laquer** (Frankfurt a. M.): Zur Localisation der sensorischen Aphasie. (Neurolog. Centralbl. Nro. 12. 1888.)

Verf. erzählt weitläufig einen reinen, interessanten Fall von sog. Worttaubheit. Eine Maurerswittwe Eva M., neuropathisch nicht belastet, 74 Jahre alt, bricht am 29. Oktober 1886 plötzlich ohnmächtig zusammen. Keine Lähmungen, erholt sich schnell. Sie soll etwas aufgeregter und schneller als sonst nach diesem Anfall gesprochen haben. Neun Tage später erneuter Anfall. Rechter Arm und rechtes Bein soll wie leblos herabgehangen haben, aber nach Verlauf von 24 Stunden war wiederum vollständige Erholung eingetreten, nur wurde von den Angehörigen eine Sprachstörung und Mangel des Wortverständnisses bemerkt.

Am 12. November untersuchte Verf. die Patientin. Keine Hemianopsie, keine psychische Demenz, nur wenig Lust zur Thätigkeit. Sie war zum Arbeiten unfähig, wozu das mangelhafte Verständniss des zu ihr Gesprochenen als auch eine Apraxie, ein Fehlen des Verständnisses für den Gebrauch der Dinge das ihrige beitrugen. Im Verlaufe von etwa 8—10 Wochen verlor sich die Apraxie, was Verf. als Beweis ansieht, dass sie nicht als Zeichen einer dauernden Demenz anzusehen und von der bleibenden Paraphasie und Worttaubheit scharf zu trennen ist. Gedächtniss hatte anscheinend wenig gelitten. Pat. war schwerhörig, aber percipirte jedes Geräusch und jeden Klang. *Den Sinn der zu ihr gesprochenen Worte verstand sie nicht.* Gedrucktes konnte sie nicht mehr lesen. Nachsprechen konnte sie auch nicht. Sie sprach viel und gern, war aber hyperphasisch zu nennen. Articulation ging ungehindert von Statten. Keinerlei motor. oder sensible Störungen. Pat. ist rechtshändig.

Bis etwa Mitte Febr. 1887, wo Patientin anfing sich mehr im Haushalte zu beschäftigen, blieb dieser Status unverändert. Das Verständniss für Worte blieb lückenhaft. Die Gemüthsstimmung war wechselnd. Ende Decbr. 1886 machte Verf. im ärztl. Vereine zu Frankfurt folgende diagnostische Bemerkungen: Es handelt sich im vorl. Falle wohl um einen Gefässverschluss mit Erweichung in der Hirnrinde. Dieselbe hat jedenfalls die Broca'sche Stelle freigelassen, dagegen muss man annehmen, dass die erste Schläfenwindung zerstört worden ist, in wie grossem Umfange ist schwer zu entscheiden. Die genannte anatomische Läsion würde nach den bisherigen Erfahrungen völlig zur Erklärung des Symptomencomplexes der sensor. Aphasie, Worttaubheit mit Paraphasie, ausreichen.

Pat. erlag einer catarrhalischen Pneumonie am 8. Febr. 1888. Aus dem Sectionsbefunde erwähnen wir, dass der vorderste Theil der I. Schläfenwindung links in einer Ausdehnung von etwa 4—5 cm in eine gelbliche Erweichung verwandelt war, dass der mittlere Theil dieser Windung sich gut erhalten, die Rindenschicht des hinteren Drittels wieder erweicht zeigte. Auf einem Frontalschnitt, der durch die Spitze des Schläfenlappens geht, sieht man den vorderen Erweichungsherd unter die Insel hin bis an die basale Fläche des Putamen reichen. — Schneidet man senkrecht auf einen etwa 2 cm weiter hinten gelegenen Punkt der I. Schläfenwindung ein, so findet sich das Marklager unmittelbar unter der Insel im Zustande der Erweichung bis gegen das Claustrum hin. Der Herd reicht bis unter den ventralsten Theil der hinteren Centralwindung. Verfolgt man den Process in der Markstrahlung weiter nach hinten, so geht der Theil des Erweichungsherdes, welcher bisher als dünner Streif unter der Insel lag, in einen breitern Herd über, der längs der Markstrahlung des unteren Scheitelläppchens dahinzieht und bis zu einer durch den höchsten Punkt der Intraparietalfurche gelegten Ebene reicht. Zwischen Gyrus angularis und Gyrus occipitalis secundus sitzt in der linken Hemisphärenrinde noch ein 10 Pfennigstück grosser, oberflächlicher Herd. —

Dass es sich im vorliegenden Falle um sogen. Worttaubheit mit Paraphasie handelt, kann keinem Zweifel unterliegen. Hinsichtlich der Localisationsfrage entspricht der Befund der von Wernicke zuerst für die sensorische Aphasie aufgestellten Störung der I. linken Schläfenwindung. Hinsichtlich der *Apraxie*, die sich nach Kussmaul mit erhaltener Intelligenz nicht verträgt, weist Verf. auf das völlig freie Intellectuorium seiner Pat. hin; er ist geneigt, den betreffenden, oben angedeuteten Zustand als Andeutungen von *Seelenblindheit* aufzufassen, ob mit *Wortblindheit* combinirt, liess sich wegen der schlechten Schulbildung der Kranken nicht entscheiden. Der kleine Rindenherd im Gyr. angularis und die Erkrankung des Marklagers im unteren Scheitelläppchen geben bei dieser Auffassung das anatomische Substrat. Jedoch legt Verf. kein grosses Gewicht auf diese Erklärung, da ja auch Fernwirkungen bestanden haben können.

Goldstein (Aachen).

---

612) **H. Schlöss** (Wien): Ueber das Gehirn eines Aphasischen. (Jahrbücher für Psychiatrie VIII. p. 33. 1888.)

56 jähriger Tagelöhner; allgemeine maniakalische Verwirrtheit, rechtsseitige Ptose, Tremor der Zunge; antwortet nur auf die Frage nach Namen und Geburtsort richtig, auf alle anderen Fragen „No was denn“. Zwei Jahre vor der Aufnahme Fall auf den Hinterkopf, ein Jahr nach dem Trauma allmählig auftretende Verblödung und Aphasie, Auftreten der genannten stereotypen Phrase. Zustand stationär bis zu dem an rapider Phthise erfolgenden Tode, $1^1/_2$ Jahr bis nach der Aufnahme.

Section: Leptomeningitis chronica, Pia-Oedem, Atrophie des ganzen linken Stirnlappen und der 2. und 3. Schläfenwindung, Windungen auf ein Viertel verschmälert, braungelb. Inselwindungen stark abgeflacht; ähnliche, aber weniger intensive Veränderungen an den entsprechenden Windungen rechts; beiderseits begrenzen sich die Veränderungen hart am Gyrus frontalis anterior. K.

---

613) **Hoven** (Strassburg): Beitrag zur Anatomie der cerebralen Kinderlähmung. (Arch. f. Psych. XIX. 3. p. 563.)

Der in Rede stehende Fall ist dadurch ausgezeichnet, dass sich bei der Section sowohl nach makroscopischer als nach mikroscopischer Untersuchung die *Hirnrinde völtig intact* erwies. Der ziemlich typische Symptomencomplex (Beginn in der frühesten Kindheit in Begleitung von Convulsionen, nach vorübergehender Hemiplegie: *Hemiparese* mit stärkerer Betheiligung der oberen Extremität, Muskelspasmen und Contracturen, später epileptische Anfälle, und Tod im 41. Lebensjahre) war hervorgerufen durch eine Cyste unter dem l. Corpus striatum ca. 4 Ctm. lang, welche hauptsächlich das Marklager betraf und nur unbedeutend den Schwanzkern, Sehhügel, Vormauer und innere Kapsel berührte. Dieselbe war nach Ansicht des Verfassers durch Hämorrhagie oder Erweichung entstanden. Es werden aus der Lite-

ratur sieben weitere Fälle von spinaler Kinderlähmung mit vollkommen negativem *Gehirnrindenbefund* (allerdings ohne mikroscopische Untersuchung) mitgetheilt, und gestützt auf dieses Material der von Strümpell vorgeschlagene Name „Polioencephalitis“ als zu einseitig verworfen, dagegen die alte allgemeinere Bezeichnung „Hemiplegia spastica infantum“ vertheidigt, da fast alle Autoren darin übereinstimmen, „dass dasselbe wohl abgerundete klinische Bild durch verschiedenartige und verschieden lokalisirte pathologische Prozesse zu Stande kommen kann.“ Langreuter (Eichberg).

---

614) **Alexander Westphal** (Berlin): Ueber Encephalopathia saturnina. (Arch. f. Psych. XIX. 3. p. 620.)

Der französische Autor Tanquerel de Planches fasste im Jahre 1836 die Lehre von den saturninen Gehirnleiden in einer ausführlichen und erschöpfenden Monographie zusammen, an welche sich sämmtliche neuere Forscher anlehnen konnten. Die von ihm unterschiedenen 4 Formen von Encephalopathie: der *deliranten, convulsiven, comatösen* und einer *Mischform* würde später eine fünfte Species die *apoplectische* hinzugefügt, die Symptome wie sie die progressive Paralyse, die Bulbärparalyse und die disseminirte Sklerose bieten, in sich vereinigte. Zahlreiche Publikationen der neueren Zeit berechtigen ferner die auf Bleiintoxikationen beruhenden *Sehstörungen* als eine besonders characterisirte Gruppe zusammenzufassen. Mit diesen vielseitigen Erörterungen der *klinischen* Seite der Frage hat die *pathologisch-anatomische* Entwickelung nicht Schritt halten können und zwar hauptsächlich wegen Mangels genügender Sectionsbefunde. Nach bisher beschriebenen Befunden bestehen „die Veränderungen im Wesentlichen theils in Atrophieen bestimmter Gehirnabschnitte, theils in hämorrhagischen Herden und apoplectischen Cysten, vor Allem aber scheinen Veränderungen in den Gefässen eine bedeutende Rolle zu spielen, bestehend in periarteriitischen und endoarteriitischen Prozessen, Atherom und hyaliner Gefässdegeneration.“ — Westphal ist nun in der Lage über 13 neue Beobachtungen mit 2 Sectionsbefunden berichten zu können. Darauf gestützt glaubt er zwar dass sich die meisten Fälle von Encephalomalacie ungefähr nach der bisher beliebten Eintheilung unterbringen lassen, hält es aber für correcter von einer stricten Eintheilung abzusehen und eher *allgemeine Grundsätze* für die Beurtheilung anzunehmen, da einerseits eine überall deckende Eintheilung nach *klinischen* Gesichtspunkten noch nicht möglich ist und andererseits ebenfalls die Sectionsergebnisse (trotz der positivsten Symptome viele negative Befunde) für eine correcte Classificirung nicht genügend sind. Bezüglich der sorgfältigen Krankheitsgeschichten muss auf die Originalarbeit verwiesen werden. Von *allgemeinen* Gehirnerscheinungen sind hervorzuheben die häufigen psychischen Veränderungen (7 mal), Kopfschmerzen und Schwindelanfälle fast immer, convulsivische Erscheinungen häufig darunter 5 mal epileptiforme, Delirien selten. Von *Herdsymptomen* sind Lähmungen einzelner Gehirn-

nerven am häufigsten, Hemianästhesien wurden 2 mal beobachtet, Sprachstörung in Form von Aphasie einmal.

Demgemäss lassen sich die Ergebnisse wie folgt zusammenfassen: Die Einwirkung des Blei's auf das Gehirn äussert sich einmal durch *Allgemein-Symptome*, Neurosen die mit Hemianästhesie und Psychosen einhergehen, ferner durch anatomische Veränderungen an einzelnen Hirnnerven, besonders Opticus. — Der toxische Einfluss bedingt zweitens *arteriitische Prozesse* und deren Folgezustände: Blutungen, Encephalomalacie. Drittens ruft das Blei durch Affection der Nieren *uramische Erscheinungen* hervor, und viertens können sich alle diese Momente zu einer *Gesammtwirkung combiniren*.

Langreuter (Eichberg).

---

615) **August Cramer** (Marburg): Beginnende multiple Sklerose und acute Myelitis. (Arch. f. Psych. XIX. 3. p. 667.)

Bei einem 19 jährigen Mädchen, Oktober 1878 Masern. Bald darauf Lähmung beider Unterextremitäten, des Mastdarms und der Blase. (Meningitis cerebrospinalis?) Im Frühjahr 1880 waren die Lähmungserscheinungen wieder verschwunden. Ende 1880 psychische Störung in Form von Exaltation, welche nach einigen Wochen in Depression übergeht. Keinerlei motorische und sensible Störungen, ebensowenig der Sinnesorgane und der Sprache. In der Folge sehr wechselndes psychisches Verhalten. Grosse motorische Geschicklichkeit. Ende Mai 1881 Decubitus. Abscessbildung und hectisches Fieber. Mitte Juni starker Kopfschmerz und benommenes Sensorium. Hartnäckige Obstipation. Tod am 20. Juni bei erhaltenem Bewusstsein. — Die Section ergibt normalen Grosshirnbefund, in Sonderheit keine Herderscheinungen. Dagegen wurde im Rückenmark das characteristische pathologisch-anatomische Bild der *multiplen Sklerose* combinirt mit einer ebenso characteristischen frischen *acuten Myelitis* der weissen Substanz constatirt. Die beiden Krankheitprozesse liessen sich deutlich unterscheiden und von einander abgrenzen. Die (beiden gemeinsame) Schwellung der Axencylinder war in den Herden der acuten Myelitis ausgesprochener als in den sklerotischen Partieen. In den ersteren zeigten sich die Markscheiden stark vergrössert und aufgeblasen, in der letzteren geschwunden. Einmal war die Glia körnig und trocken, in anderen Fällen von glasiger homogener Beschaffenheit. Bei der multiplen Sklerose hingen die Herde mit den Gefässen zusammen, bei der Myelitis bestand kein Zusammenhang. Durch einige Abbildungen mikroskopischer Präparate werden diese Unterschiede noch deutlicher illustrirt. Langreuter (Eichberg).

---

616) **Hayen** und **Parmentier** (Paris): Spinale Affectionen bei Gonorrhoe. (Revue de médecine. Juni 1882.)

Die Literatur ist sehr arm an Beispielen von Nervenaffectionen bei Gonorrhoe, einige Fälle von Ischias und Paraplegie sind in der älteren Literatur mitgetheilt. Die Verff. geben zwei eigene Fälle.

Im *ersten* bestanden nach einer Tripper-Infection zwei Jahre lang heftige Schmerzen in Hüften und Fersen, später kamen, unter zeitweisem Urethralausfluss, Gürtelschmerzen und Paraesthesien in den Beinen hinzu. Sensibilität und Reflexe erhöht, bedeutende Empfindlichkeit der Spinalfortsätze; später traten Gelenkschwellungen hinzu, die Reflexerregbarkeit steigerte sich derart, dass das Bein beim Auftreten zitterte, einzelne Muskeln atrophirten. Lange fortgesetzte Behandlung mit Schwefelbädern und Jodkalium führte zu erheblicher Besserung.

Im zweiten Falle traten 14 Tagen nach Acquirirung einer heftigen Gonorrhoe starke Schmerzen beim Gehen auf, 4 Tage später Hydarthrus im r. Knie, acht Tage später im l., beide Waden magerten rapide ab. Unter fortschreitender Muskelatrophie 2 Monat später Schwellung und Schmerzen im Fussgelenk, Extensions-Contractur des Fusses; die Reflexe an der unteren Extremität waren sehr gesteigert, Stehen wegen Muskelschwäche und Schmerzen in den Fersen unmöglich, später blitzartige Schmerzen, Crampi und Tremor der unteren Extremitäten. Schwefelbäder und subcutan gegebenes Antipyrin führten zu allmähliger Besserung.

In einigen andern, mehr acut verlaufenden Fällen war der Anschluss an die Gonorrhoe klar ausgeprägt, und man ist somit berechtigt, diese nervösen Phänomene durch Localisation der Infection im Rückenmark oder seinen Häuten zu erklären. Stets waren die Symptome auf den Bereich der unteren Spinal-Segmente beschränkt, Neuralgien und andere Sensibilitätsstörungen dominirten über die motorischen Erscheinungen. K.

617) **E. Hitzig** (Halle): Beiträge zu der Lehre von der progressiven Muskelatrophie. II. Drei fernere Fälle juveniler Muskelerkrankung. (Berlin klin. Woch. 1888 Nro. 34.)

I. Wilhelm Kan . . . ., Knecht, 19 Jahre alt, poliklinisch aufgenommen am 8. Januar 1888, klagt seit August v. J. über Schmerzen und *Bewegungsstörung* im rechten Ellenbogengelenk.

Die Untersuchung ergiebt eine starre *Contractur des rechten Biceps*, durch welche die Streckung des Armes über einen Winkel von 135—140° hinaus behindert wird. Beiderseits ist der *Pect. major* schwach entwickelt, rechterseits aber die Portio clavic. des Muskels *stark atrophisch*. Die obere Portion des rechten *Trapezius* ist gleichfalls atrophisch. Auch der linke Trapezius ist nicht ganz normal. Die Betrachtung des Rückens ergiebt, dass der untere Winkel der rechten Scapula um 2 cm höher und um 1 cm weiter von der Wirbelsäule (9 : 10 cm) entfernt steht als der linke, während beide unteren Winkel, der rechte stärker, auffallend vom Thorax abstehen. Die rechte Scapula ist mit dem Akromion entsprechend nach vorn gerückt.

Die *electrische Untersuchung* ergab bei intramusculärer faradischer Reizung im rechten Biceps eine deutliche *Steigerung*, in den Pectorales eine, rechts stärkere Herabsetzung, in der mittleren und unteren Por-

tion des rechten Trapez einen *fast vollkommenen Verlust der Erregbarkeit.* Die galvanische Untersuchung ergab im Wesentlichen ähnliche Resultate.

Am 18. Januar wurde ihm ein Muskelstück aus dem rechten Biceps excidirt.

Die *mikroscopische Untersuchung* des Muskels ergab Folgendes:

An *Zupfpräparaten* und *Längsschnitten* erscheinen die Fasern mässig hypertrophisch, die Querstreifung überall weniger deutlich, aber meist erhalten, daneben ausgesprochene Fibrillenzeichnung. Eine Anzahl von Fasern blasser gefärbt, ohne Streifung, den Sarcolemmaschlauch marginal nicht ganz ausfüllend, andere bandartig gezeichnet. Die Sarcolemmakerne sind mässig vermehrt übrigens sehr ungleich vertheilt. Kernzeilen fehlen. *Auf dem Querschnitt* zeigt sich, dass die Hypertrophie der *Fasern* eine mehr gleichmässige ist. Von 50 bei einander liegenden gemessenen Fasern hatte der Durchschnitt 99 μ, die grösste 160 μ, 23 Fasern 100 - 150 μ, 24 Fasern 60 bis 90 μ, und 2 Fasern 50 μ. Die Contouren derselben sind ausgesprochen rundlich statt polygonal. Centrale Kerne sind stellenweise vorhanden, aber nicht eben häufig, an einzelnen Fasern Gruppen von 2—5 derselben. Auch die Sarcolemmakerne zeigen eine mässige Vermehrung. An einer sehr grossen Faser finden sich deren 12, viele haben nur 2—3, der Durchschnitt beträgt 4,8 Kerne pro Faser. Fetteinlagerung fehlt gänzlich.

II. Johanne Hank . . ., Bauerntochter, 21 Jahre alt, ein kräftig gebautes, wohlgenährtes Mädchen, nicht erblich belastet, leitet ihr gegenwärtiges Leiden von einem *Schlag auf die rechte Fossa supraclavicul.* Seit dieser Zeit wurde die rechte und von ihrem 16. Lebensjahre an auch die linke obere Extremität allmählig immer *schwächer.* Ausserdem klagt sie über häufiges *Kriebeln* in den Fingern der rechten Hand und über *zeitweilig* auftretendes *Reissen* im linken Arm.

Status praesens am 19. März 1887. Ausgezeichnet characteristische Form der juvenilen Dystrophie E r b's. Ausgesprochene *Hypertrophie* besteht nirgends. Dagegen sind die gewöhnlich afficirten Muskeln des Schultergürtels fast sämmtlich in hohem Grade *atrophisch.* Von den Pectorales ist *scheinbar* nur die Clavicularportion des Pectoral. major rechterseits grösstentheils erhalten. Die Cucullares, Rhomboidei, Teretes, Latissimi, Supraspinati und Levat. angul. scap., ausserdem die Supinat. long. sind in dieser Weise erkrankt, dagegen sind die Serrat. ant. maj., soviel sich erkennen lässt, frei. Von den Cucullares, Rhomboideis und dem rechten Latissimus sind auf elektrischem Wege nur wenige Bündelchen nachzuweisen. Im Allgemeinen ist die rechte Seite stärker afficirt als die linke.

Schon in der Muskelruhe, mehr noch bei Bewegungen der Arme gewahrt man erhebliche *Difformitäten.* Die Sternocleidomastoidei treten sehr stark hervor, die Fossae supraclaviculares und die ganze obere Brustgegend sind sehr stark eingefallen. Das Akromion und mit ihm die Clavicula ist beiderseits, stärker rechts herab- und der Humerus nach vorn gesunken. Hinten ist die Halsgegend abgeflacht,

beide Schulterblätter stehen mit den inneren Rändern und namentlich mit den unteren Winkeln etwas vom Thorax ab; die inneren Ränder stehen sehr weit von der Wirbelsäule ab (10—11,5 cm) rechts ist der obere Winkel mehr nach aussen gedreht. Bei activer Erhebung der Arme, welche links bis zur Horizontalen, rechts nicht ganz so weit gelingt, drehen sich beide Schulterblätter stark flügelförmig vom Thorax ab; bei passiver Erhebung der Humeri und beim Händedruck ist dies nicht der Fall. *Die elektrische Untersuchung* ergiebt sonst eine einfache, scheinbar dem Schwunde der Muskelsubstanz entsprechende Herabsetzung der Erregbarkeit. Es soll nur hervorgehoben werden, dass beiderseits Pectoralis major et minor mit Ausnahme der rechten Clavicularportion gegen jede Stromart und Stromstärke unerregbar waren.

Während der Beobachtungszeit besserte sich unter mehrmals wiederholten elektrischen Curen die Function und die elektrische Erregbarkeit etwas.

Befund eines excidirten Stücks der Sternalportion des pector. maj. *Längsschnitte.*

Die Fasern sind von sehr verschiedenem Kaliber; die Mehrzahl ist mittelstark, neben ihnen kommen einzelne stärker hypertrophische und eine grössere Anzahl von mehr oder minder stark atrophischen vor. Eine ziemliche Zahl der Letzteren ist korkzieherartig gewunden und die schmalsten von diesen sind in Klumpen zerfallen, andere und zwar auch gestreckte und nur mittelmässig atrophische sind bandartig gezeichnet oder in unregelmässig geformte, grösstentheils ganz feine Scheiben zerklüftet. An diesen Fasern ist die Quer- und Längsstreifung vielfach verschwunden, an den anderen Fasern ist die Querstreifung dagegen vorhanden, wenn auch an vielen derselben minder deutlich, während die Längsstreifung im Gegentheil viel ausgesprochener und vielfach zu kürzeren oder längeren Spältchen entwickelt erscheint. Die Zahl der Sarcolemmakerne verhält sich gleichfalls verschieden.

Die Zwischensubstanz, in welche diese Fasern eingebettet sind, besteht nun zu einem nicht geringen Theil aus Fett welches vornehmlich die interfasciculären Räume einnimmt. Das übrigens zarte und kaum tingirte Bindegewebe zeigt eine mässige Vermehrung seiner Substanz und seiner Kerne.

Querschnitte. Die grösstentheils runden nur in geringer Zahl polygonalen Fasern erscheinen auch hier vorwiegend von mittlerer und übermittlerer Grösse; zwischen ihnen findet sich eine Anzahl von stärker hypertrophischen und eine etwas grössere Zahl von atrophischen Fasern, letztere vornehmlich in einigen Fascikeln zusammenliegend, doch auch zwischen den übrigen Fasern zerstreut. Von 50 gemessenen Fasern hatten 40—90 μ 16, 80—90 μ 7, 110, 120, 130 und 150 je eine, 10 μ eine Faser, die anderen Fasern massen 20—30 μ. An einer nicht geringen Zahl von Fasern ist die Muskelsubstanz derart rareficirt, dass das Centrum der Primitivbündel sehr licht, beinahe wie von einer grossen Vacuole eingenommen erscheint. Indessen fehlen die Fibrillen an diesen Stellen nur theilweise gänzlich.

Die Muskelkerne sind deutlich vermehrt, Querschnitte mit 5 – 10 oberflächlichen Kernen durchaus nicht selten, auch centrale Kerne kommen, immerhin nur mässig häufig und wenn auch wohl hier und da mehrfach in einer Faser, so doch nicht zu Gruppen vereinigt, vor. Sehr oft sind die verschiedenen Kerne von einem schmalen lichten Hofe umgeben.

Das Perimysium internum ist überall zart, nicht gefärbt, enthält eine nur mittlere Zahl von Kernen bei einander. Ueberall da aber, wo die atrophischen Fasern an Zahl überwiegen, sind die Interstitien mehr oder minder verbreitert, ohne dass das sie erfüllende Gewebe jedoch seinen Charakter verändert hätte. Das interfasciculäre Gewebe ist eher etwas reichlich, aber auch relativ zart, nur wenig gefärbt und von mittlerem Kerngehalt. Rücksichtlich der Fetteinlagerung gilt das anlässlich der Beschreibung des Längsschnittes Gesagte.

Stück B. aus der Clavicuiaportion desselben Muskels. *Längsschnitte.*

Die Mehrzahl der *Fasern* ist mehr oder minder stark hypertrophisch, Fasern mittleren Kalibers sind nicht eben selten, entschieden selten dagegen (abweichend von dem Querschnittbilde) ausgesprochen atrophische Fasern zu sehen. Die Längsstreifung ist deutlich, häufig zu Spältchen entwickelt, die Querstreifung zart. Die Sarcolemmakerne sind im Allgemeinen vermehrt und an vielen Fasern zu langen Reihen geordnet.

Querschnitte. Die Muskelfasern sind an Zahl erheblich reducirt, aber in sehr ungleicher Weise vertheilt. Ebenso verschieden erweist sich das Kaliber der Fasern. An gewissen Stellen finden sich hauptsächlich mässig hypertrophische, unter ihnen einige ganz grosse und einige mehr oder minder stark atrophische Fasern. In der Uebergangszone liegen schon mehr sehr atrophische neben sehr grossen Fasern und an der letztgedachten Stelle überwiegt die Zahl der höchstgradig atrophischen ausserordentlich. Dazwischen liegen dann noch vereinzelte, meist kolossal hypertrophische drehrunde Fasern.

Die Zwischensubstanz, deren Vertheilung aus dem Vorstehenden hervorgeht, besteht aus einem relativ zarten, nicht gefärbten und im Allgemeinen nicht besonders kernreichen, aber mit einzelnen Kernhaufen durchsetzten, *sehr fetthaltigem* Bindegewebe.

Stück C, nahe von B. entnommen. *Längsschnitte.*

Das Stück besteht fast nur aus einem theils homogenen, theils feinfaserigen, leicht hellbräunlich gefärbten *Bindegewebe*, welches aus zusammengefallenen Sarcolemmaschläuchen hervorgegangen zu sein scheint und sehr reichliche *Fetteinlagerungen* enthält. In der einen Ecke liegt noch eine etwas grössere Zahl von meist kolossalen, mit Kernzeilen besetzten und von Fett umgebenen Fasern, deren verhältnissmässig wenig, in verschiedenen Graden atrophische beigemischt sind.

Querschnitte. Die Fasern sind meist drehrund, messen in maximo 290 μ, die kleinsten 10 μ. Die fibrilläre Zeichnung, welche sich vielfach zur Spältchenbildung mit Neigung zur marginaler Auffaserung

entwickelt hat, ist meistens zu erkennen, doch giebt es einige gröbere Fasern, die nur aus einer Menge kleinerer und grösserer Colloidtropfen zu bestehen scheinen. Andere enthalten kleinere und grössere, zum Theil mit Kernhaufen angefüllte Vacuolen. Im Uebrigen entspricht das Bild des Querschnitts dem des Längsschnitts, nur dass das Bindegewebe vielfach etwas derber und stärker gefärbt erscheint.

III. Wilhelm Ack . . . , 46 J., Hüttenarbeiter, unehelich geboren, von Seiten der Mutter nicht erblich belastet, *Potator* (circa $^3/_4$ l Schnaps pro die), will seit März 1886 krank sein. Er konnte angeblich seine Arbeit (Schippen) eines Tages wegen *Schwäche* im rechten Arme nicht mehr verrichten. Die Bewegungsstörung in den oberen Extremitäten nahm allmählig zu, bis er am 5. Mai 1887 endlich auch die leichtere Arbeit, mit der er bis dahin beschäftigt war, aufgeben musste.

Status praesens: 2. Juni 1887. Kräftig gebauter Mann. *Atrophie* der Muskulatur besonders hochgradig in der Schulter und Oberarmgegend. *Rechts:* Der Delta, besonders die vordere Portion scheint so gut wie ganz zu fehlen, Biceps, Brachialis intern., besonders aber Triceps und Supinat. long. hochgradig atrophisch. Auch in den Muskeln des Vorderarmes und der Hand besteht eine diffusse, aber dem Anscheine nach im Ganzen weniger hochgradige Atrophie. Nur die Gegend des Flexor carp. radial, ist tief eingesunken, auch im ersten Zwischenknochenraum wenig Muskelmasse zu sehen und fühlen. Weniger hochgradig sind die immerhin welken Balken des Daumens und Kleinfingers, sowie die anderen Zwischenknochenräume afficirt. Die Pectorales haben verhältnissmässig wenig gelitten. Hinten ist hauptsächlich der Infraspinatus und Latissimus afficirt.

An den unteren Extremitäten ist wenig Pathologisches wahrznehmen. Die Muskulatur der oberen Extremitäten, weniger der Brust, wird von *fibrillären, partiellen und totalen Contractionen* in einer Massenhaftigkeit, Häufigkeit und Intensität erschüttert, wie H. sie in ähnlichen Fällen nie gesehen zu haben angiebt. Die Weichtheile der Oberarme sind manchmal in einem continuirlichen Wogen begriffen; einzelne Finger werden tremorartig bewegt.

Farad. Erregbarkeit: Rechts: Mittlere Portion des Delta, Biceps, Supin. long., Extens. carg. ulnar, digit. minim. propr. und Extens. com. Kopf für den vierten Finger sind intramusculär überhaupt nicht erregbar. Die vordere und hintere Portion des Delta reagiren auf die stärksten Ströme vielleicht mit spurweisen Zuckungen In den übrigen Muskeln, insbesondere auch in den kleinen Muskeln der Hand und der Finger ist die Erregbarkeit — sowohl was die für den Eintritt des Zuckungsminimums erforderliche Stromstärke, als was das arreichbare Zuckungsmaximum angeht — durchweg mehr oder minder estrk herabgesetzt. Links: Reagiren nur der Supin. long. sowie die langen Strecker für den vierten und fünften Finger, bei intramusculärer Reizung gar nicht.

Wesentlich verschieden verhält sich die extramusculäre Erregbarkeit insofern, als sämmtliche, auch die bei intramusculärer Reizung ganz unerregbaren Muskeln bei dieser Methode mit einer Zuckung

antworten. Auch der direct ganz unerregbare rechte Biceps zieht sich auf Reizung des Musculocutaneus ziemlich energisch, viel besser als der Delta zusammen.

Galvanische Erregbarkeit: Stehen zwei Elektroden von 5 cm Durchmesser dicht nebeneinander auf der mittleren Portion des rechten Delta, schaltet man 60 S.- und H.-Elemente ein und beträgt die Stromstärke mehr als 20. M. A., so dass im Trapez durch Stromschleifen starke Zuckungen entstehen, so sieht man an der Anode nur eine minimale Zuckung einzelner Bündel, während an der Kathode überhaupt nichts zu sehen, sondern nur durch das Gefühl eine ganz geringe Zusammenziehung wahrzunehmen ist. Aehnlich verhält sich der rechte Supin. long. Von dem Biceps ist überhaupt nicht viel nachzuweisen, das Zuckungsminimum tritt jedoch bei circa 35 Ell. ein. Die kleinen Muskeln der Hand und der Finger sind galvanisch überhaupt nur in geringem — übrigens verschiedenem Grade zu erregen.

Auf der linken Seite finden sich ähnliche Verhältnisse, nur ist auch der Verlust der galvanischen Erregbarkeit hier viel weniger erheblich als rechts.

Allmählig verlor sich aber ein Theil der erzielten Besserung wieder. Ueberdies klagte Patient wiederholt über nächtliche Krämpfe im rechten Vorderarme, durch welche ihm die Hand zur Faust geballt würde.

Am 17. Juni wurde ihm je ein Muskelstück aus dem rechten Biceps und aus dem linken Delta, welcher intramusculär noch relativ erträglich zu erregen gewesen war, excidirt. Das Erstere sah etwas blasser, das andere wie normaler Muskel aus.

In dem Biceps-Querschnitt fanden sich, ein ganz neues Bild, 3 Arten von Fasern; hypertrophische längliche atrophisirende und rundliche atrophisirende; es fanden sich Fasern mit Durchmessern von 260—2,5 M., die länglichen atrophisirenden Muskelfasern sind mit sehr grossen Kernmengen durchsetzt. Ein ähnliches Bild zeigte das Stück aus dem m. deltoides. Diagnostisch rechnet H. die beiden ersten Fälle zum „type scapulo-humérae“, der dritte Fall nimmt, nicht durch den histologischen Befund, sondern durch sein subacutes Auftreten und die dabei vorhandenen Parästhesieen eine Sonderstellung ein; dies und die bedeutenden motorischen Reizerscheinungen liessen den Fall anfangs als einen spinalen erscheinen; der anatomische Befund, besonders die colossale Hypertrophie so vieler Fasern, sprechen gegen die Möglichkeit einer, stets mit blosser Atrophie verbundenen spinalen Form.

H. will aus diesen Fällen den Schluss ziehen, dass es einzelne Fälle von progressiver Muskelatrophie gibt, bei denen die Differenzialdiagnose zwischen muskulärem und spinalem Leiden erst durch eine explorative anatomische Untersuchung möglich gemacht wird.

H. wirft die Frage auf, ob bei der aus ihren runden Contouren zu erschliessenden Wachsthumsenergie der hypertrophischen Fasern nicht der Untergang der atrophirenden durch Raumbeschränkung, also intramuskuläre Drucksteigerung, zu erklären wäre.

Eine erhebliche Betheiligung des interstitiellen Gewebes an dem Zugrundegehen der Fasern stellt H. in Abrede, zum Unterschiede von der pseudohypertrophischen Form, die sich durch eine lebhafte active Betheiligung des interstitiellen Gewebes auszeichnet. K.

618) **Bramwell** (Edinborgh) und **Suckling** (London): Alkohol-Paralyse. (Americ. Journal of the med. Sciences. Juni 1888.)

In zwei selbstständigen Aufsätzen derselben Zeitschrift-Nummer behandeln die beiden Autoren dasselbe Thema. Beide stimmen darin überein, die Ursache von Lähmungen bei Alcoholisten in peripherer Neuritis zu suchen. Sensibilitätsstörungen, Muskelschmerzen, Hauthyperästhesie finden sich in allen Fällen; neben ausgebreiteten Lähmungen finden sich auch Nystagmus und Parese der Muskeln des bulb. oculi., Contracturen kommen sehr selten vor, Blase und Rectum sind gewöhnlich frei. Die faradische Erregbarkeit der Muskeln ist vermindert bis aufgehoben, die galvanische erhöht, die Zuckungen träge und langgezogen. Vasomotorische Störungen (Oedem, Erythem, Purpura) sind häufig. Uebelkeit und Vomitus matutinus zusammen mit Ataxie und Paralysen machen nach S. die Diagnose ziemlich sicher. Das oft fehlende Kniephänomen kann zu Verwechslungen führen, Pupillenerscheinungen fehlen jedoch fast immer. Die Prognose ist in der Regel günstig; Massage und Strychnin sind anzuwenden, der Alcohol muss absolut entzogen werden.

B. giebt eine grössere Anzahl Abbildungen der Histologie der alcohol. Neuritis; die Nervenfasern sind an vielen Stellen atrophisch, die Schwann'schen Scheiden leer oder mit Detritus erfüllt; B. ist geneigt, anzunehmen, dass das Leiden ursprünglich eine Perineuritis ist, und dass durch den Druck der Entzündungsproducte erst die Atrophie der nervösen Substanz eintritt. K.

619) **P. Dalché**: Maladie de Friedreich. Pseudotabes. (Friedreich-'sche Krankheit. Pseudotabes.) (Le Progrès médical 1888. 26.)

Der Fall betrifft einen 50 jährigen erblich in keiner Weise belasteten verheiratheten Mann, der weder luetisch noch Potator war, und den Arzt wegen blitzartig durchschiessender Schmerzen in der vorderen Partie des linken Oberschenkels, die seit einem Monat bestanden, consultirte. Die Untersuchung ergab bilateralen transversalen Nystagmus, und stammelnde aber nicht scandirende Sprache, welche beide Symptome schon seit der Kindheit und damals stärker ausgeprägt bestanden haben sollen, auch traten beim Sprechen Zuckungen in verschiedenen Gesichtsmuskeln auf. Seit 3—4 Jahren bestanden Gehstörungen, Schleudern des Fusses nach vorne, und aussen, brüskes Niedersetzen der ganzen Sohle auf den Boden. Das Bein war etwas abgemagert, die Muskeln der äusseren und vorderen Parthie paretisch, Incoordination bestand nicht, die Patellarreflexe waren normal. Zu gleicher Zeit mit der Gehstörung hatte sich eine Kyphose der Brustwirbelsäule entwickelt. Störungen der Sensibilität bestanden nicht.

D. hält nun dafür, dass es sich in diesem Falle, trotzdem ein Theil der Symptome erst sehr spät aufgetreten sind und hereditäre Momente nicht vorliegen, um Friedreich'sche Krankheit handle; es sprechen dafür des Fehlen des Romberg'schen Phänomens, der gastrischen Krisen, die Erhaltung der Sensibilität und der Patellarreflexe, die Deviation der Wirbelsäule. Gegen die Annahme einer Pseudotabes auf alcoholistischer Grundlage machen sich geltend, abgesehen davon, dass der Kranke durchaus kein Potator ist, das Fehlen anaesthetischer und hyperästhetischer Regionen, das Fehlen des Romberg'schen Phänomens, das Erhaltensein der Patellarreflexe, ferner der Nystagmus und die stammelnde Sprache, welche letzteren beiden Symptome schon seit der Kindheit bestanden.

Holtermann (Sachsenberg).

---

620) **A. Mathieu**: Neurasthenie et hystérie combinées. (Combinirtes Auftreten von Hysterie und Neurasthenie. (Le Progrès médical. 1888 30.)

Ein 37 jähriger bis dahin stets gesunder Eisenbahnbeamter (Bremser), der aus neuropathischer Familie stammte, erkrankte im Mai 1885 plötzlich während der Fahrt an heftigem Priapismus, der sehr schmerzhaft war, 2 Monate dauerte und nach seinem Weichen Impotenz im Gefolge hatte. Die schon durch den anhaltenden Priapismus deprimirte Gemüthsstimmung des verheiratheten Mannes erfuhr natürlich durch das Auftreten der Impotenz eine starke Verschlimmerung; zugleich traten weitere Erscheinungen von Neurasthenie auf, allgemeines Unbehagen, Kopfschmerzen mit dem Gefühl von Leere, von Eingeschnürtsein und Druck, Unfähigkeit seine Gedanken zu fixiren, Gefühl von Schwindel. Nach dem Essen waren Gefühl von Völle und Druck im Epigastrium, Congestionen zum Kopfe, Ructus vorhanden, ferner bestand Constipation. Diese Symptome erfuhen allmählig eine solche Steigerung, dass der Kranke unfähig war, seinen Dienst zu verrichten, Selbstmordgedanken hatte und im Jahre 1887 die Klinik aufsuchte. Die Untersuchung ergab, dass eine organische Erkrankung des Rückenmarkes auszuschliessen sei, dagegen eine Reihe hysterischer Symptome bestehe. Vollständige linksseitige Hemianästhesie, concentrische Einengung des Gesichtsfeldes derselben Seite, Anästhesie des Pharynx, Globusgefühl, hysterogene Zonen. Behandlung mit statischer Electricität, Eisen und Nux vomica hatten den besten Erfolg; Erectionen stellten sich nach Verlauf einiger Wochen ein, auch die übrigen Symptome erfuhren eine durchgreifende Besserung.

Holtermann (Sachsenberg).

---

621) **Kny** (Strassburg): Ueber ein dem Paramyoclonus multiplex (Friedreich) nahestehendes Krankheitsbild. (Arch. f. Psych. 3 p. 577.)

I. Fall: 56 jähriger Bauer ohne nervöse Disposition. Nach Erkältung und Ueberanstrengung Schmerzen im Kreuz und beiden Oberschenkeln. Gleichzeitig clonische Zuckungen und etwas später Krämpfe in den *Wadenmuskeln*. Dabei Störung des Allgemeinbefindens. Die

Bewegung war *fibrillär*, ging wechselnd von verschiedenen Punkten der Wade aus und verbreitete sich rasch über den ganzen Muskel. Im Gebiet der m. m. peronei an den hinteren Oberschenkel- und an den Bauchmuskeln ähnliche Erscheinungen, aber weniger ausgeprägt. Bei electrischer Untersuchung leichte Anspruchsfähigkeit aller Muskeln, und in den *rechten* Wadenmuskeln Schliessungstetanus bei 12 Stöhrer'schen Elementen. Im Uebrigen waren beide Körperhälften gleich betheiligt. Nach Behandlung mit dem galvanischen Strom und warmen Bädern trat nach ungefähr 13 wöchentlicher Dauer des Leidens Heilung ein.

II. Fall: 28 jähriger Landmann ebenfalls ohne jede erbliche Belastung. Anfang April 1888 Contusion der l. Leistengegend, vorläufig ohne erhebliche Folgen. Anfang Juli Schmerzen und Reissen in beiden Unterextremitäten, später Bewegungen und schliesslich massenhafte *fibrilläre Zuckungen* fast aller Muskelgebiete. Die Contractionen waren *continuirliche*, wechselten freilich an Intensität, und cessirten nur im tiefsten Schlafe. Beide Körperhälften im Ganzen symmetrisch betheiligt. Electrische Erregbarkeit auf beide Stromesarten auffallend leicht. Bei galvanischen Strömen von über 10 M.-A. Ka Schliessungs-Tetanus. Nach Behandlung mit galvanischen Bädern trat ziemlich rasch Besserung ein. Schliesslich auch Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit. Um Mitte Dezember völlige Heilung.

Von den bisher veröffentlichten Krankheitsbildern ähnlicher Art (bisher 15 Publicationen) weichen die oben beschriebenen Fälle besonders durch die Continuirlichkeit der Muskelzuckungen sowie durch den fibrillären Character derselben ab. Der Verf. nennt deshalb seine Modifikation „Myoclonus *fibrillaris* multiplex".

Langreuter (Eichberg).

---

622) **Kahler** (Prag): Ueber die Erweiterung des Symptomencomplexes der Basedow'schen Krankheit. (Prager medic. Wochschr. 1888. Nro. 30.)

Bei einem 30 jährigen, erst wenige Monate vorher an Herzklopfen erkrankten Mädchen fand K. neben der Trias der Basedow'schen Symptome das subjective Gefühl heftiger Pulsationen im Abdomen, nach längerer Bettlage vollständige Lähmung der unteren Extremitäten, unüberwindliche Beugecontractur und hochgradige Abmagerung derselben, ferner Tremor der Hände in der Frequenz von $8\frac{1}{2}$ Vibrationen in der Secunde, Sklerem der unteren Extremitäten, Hyperhydrose, besonders stark bei Affecten und schmerzhaften Reizen. K. betont für die Paraplegie die Wahrscheinlichkeit einer hysterischen Natur derselben und führt analoge literarische Notizen in grosser Zahl auf.

K.

623) **Stiller** (Budapest): Zur Therapie des Morbus Basedowii. (Internation. Klin. Rundschau 1888. Nro 31.)

Zwei Fälle von M. B. bei hereditär belasteten Frauen, mit starker Herzdilation, Anasarca, Ascites und tiefen allgemeinen Ernährungs-

störungen wurden jedesmal durch längeren Aufenthalt in Schmecks, mehr als 1000 Meter über dem Meeresspiegel, für längere Zeit ausserordentlich gebessert; bei jedem Rückfall bewährte sich der Besuch, anderer, ebenso hoch oder höher gelegener Orte. St. will das Höhenclima in diesen Fällen als therapeutisches Agens ansprechen, ohne auf theoretische Erwägungen des Mechanismus seine Wirkung einzugehen. K.

624) **Fridenberg** (New-York): Hydrops intermittens articulorum. (New-York medical record 16. Juni 1888.)

2 Fälle von intermittirendem Hydrops der Gelenke, den Verf. für eine vasomotorische Neurose hält. Im ersten Fall kam die Schwellung des Kniegelenks von der Pubertät an regelmässig alle 22 Tage wieder, und dauerte 5 Tage; so ging es 7 Jahre lang, bis zur ersten Schwangerschaft. Während dieser setzten die Anfälle aus, um dann wieder, jetzt jedoch in 12 tägigen Intervallen aufzutreten.

Im zweiten Fall, bei einem Manne, besteht das Leiden 12 Jahre lang seit dem 19. Jahr; die freien Zwischenräume dauern 10—14 Tage.

Verf. theilt 24 ähnliche Fälle aus der Literatur mit; bei vielen derselben bestanden neben deren Gelenkleiden andere vasomotorische Störungen, in zweien ausgesprochener Morbus Basedowii. F. zieht andere Gelenkleiden neurotischen Ursprungs zur Analogie heran und erinnert, was die Periodicität der Erscheinungen betrifft, an die Migräne. Galvanisation der Medulla oblongata (Halssympathicus?) hatte in dem einen Falle länger anhaltenden günstigen Erfolg. K.

625) **Gilles de la Tourette** (Paris): L'attitude et la marche dans l'hémiplégie hystérique. (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. Jan. und Febr. 1888.)

Verf. giebt zunächst die Krankengeschichte von 2 hysterischen Männern, R. und Gr., von denen der erste an einer linksseitigen Hemiplegie und Hemianästhesie der letzte an derselben Affection leidet. Der Gang dieser Patienten zeigt die Figenthümlichkeit, welche schon von Todd im Jahre 1856 als für die hysterische Hemiplegie charakteristisch bezeichnet wurde. Die Patienten können nur mit Hülfe von Krücken stehen und gehen. Beim Stehen hängt das gelähmte Bein schlaff herunter, so, dass der Unterschenkel mit dem Oberschenkel einen stumpfen Winkel bildet, der in Spitzfussstellung durch seine Schwere sinkende Fuss also nach hinten von dem gesunden Fusse steht. Beim Gehen wird der lahme Fuss wie eine leblose Masse nachgeschleppt, und zwar jedesmal nur bis zum Standorte des gesunden, ohne je den Boden zu verlassen, den er also gewissermassen kehrt; ist dies geschehen so kann der gesunde Fuss wieder ein kleines Stück weitergebracht werden, aber nur wenig, da die gelähmte Seite auch mit Hülfe einer Krücke keinen genügend starken Stützpunkt zu normal weitem Ausholen des gesunden Beines bietet. Es unterscheidet sich diese Art des Gehens, wie man sie bei jeder schlaffen Hemiplegie findet, dadurch von der Gehart bei spastischer Hemiplegie, wie sie sich nach Cerebralaffection schon in

kurzer Zeit auszubilden pflegt, dass bei letzterer während des Gehaktes der ganze Körper nach der gesunden Seite bewegt und nun der gelähmte Fuss möglichst erhoben und im Bogen um den gesunden herum und eine Strecke vor denselben geführt wird. Da nun bei Erwachsenen eine schlaffe Hemiplegie, welche während Monaten und Jahren schlaff bleibt, in der Mehrzahl der Fälle eine hysterische ist, da ja eine auf einer organischen Laesion beruhende Hemiplegie meist nach einiger Zeit den Charakter der spastischen Lähmung zeigt; so kann unter Berücksichtigung der näheren Umstände oft schon allein die genaue Beobachtung des Ganges eines Patienten zur richtigen Dingnose führen.

Strauscheid (Bendorf).

---

626) **P. Blocq** (Paris): Des rétractions fibro-tendineuses compliquant la contracture spasmodique.

(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière Nr. 1 et 2. 1888.)

B. theilt die Krankengeschichten von 4 Patientinnen von denen 3 früher an hysterischer spastischer Contractur der unteren Extremitäten speciell des Fusses litten und nach Heilung der hysterischen Erscheinungen dieselbe Deformation (pes equino-varus) weiter behielten, wie die Untersuchung lehrte, infolge einer Retraction der betreffenden Sehnen. Die vierte Patientin hatte infolge einer Pachymeningitis cervicalis hypertrophica eine spastische Lähmung der Beine mit Contractur derselben, nach Verschwinden derselben blieb die Deformation (starke Beugung im Kniegelenk) bestehen infolge von Retraction der Flexorensehnen und starker Verdickung des periartikulären Bindegewebes. In dreien der obigen Fälle brachte die Kunst des Chirurgen völlige Heilung und wird das gleiche bei der 4. hysterischen Pat. bei der zur Zeit noch nicht jeder Spasmus geschwunden ist, noch erwartet. B. bespricht nun im Anschlusse an einen Vortrag Charcot's das Vorkommen der fibro-tendinösen Retraction, die schon bei organischen Läsionen des Nervensystems nicht häufig, infolge so lange bestehender hysterischen Contractur aber sehr selten sei. Die Unterscheidung der spastischen Contractur von einer fibro.-tend. Retr. ist sehr leicht während der Narkose, wo erstere verschwindet, aber auch ohne diesselbe, nicht besonders schwierig. Bei einer Contractur sind spontane Bewegungen unmöglich, bei einer Ret. in bestimmten Grenzen möglich. Im ersten Falle sind passive Bewegungen nach allen Richtungen gleich schwierig, im zweiten nach gewissen Richtungen leicht. Wenn man bei einem cont. Gliede Bewegungen zu machen versucht, fühlt man einen elastischen Widerstand „das Gefühl einer gespannten Feder"; versucht man dasselbe bei einem ret. Gliede, so fühlt man plötzlich einen scheinbaren Vorsprung, was auf ein mechanisches Hinderniss hinweist. Bei einer Cont. sind endlich die Reflexe gesteigert, bei einer Ret. nicht. Eine durch die Esmarch'sche Rinde hervorgerufene Anämie lässt den Muskelspasmus und damit die Contractur verschwinden. Für das wesentliche pathol. anatom. Substrat der beschriebenen Affection hält Verf. eine Verkürzung der Sehnen, hervorgerufen durch Risse der Sehnenfibrillen zur Zeit der spast. Contractur;

die Fragilität dieser Fibrillen glaubt er auf trophische Störungen, wie sie bei organischen Affectionen und seltener bei hysterischen vorkommen, zurückführen zu müssen. Eine Erfolg versprechende, chirurgische Behandlung darf erst Platz greifen, wenn alle spastischen Erscheinungen verschwunden sind. Strauscheid (Bendorf).

627) **Blocq et Blin** (Paris): Note sur un cas d'athétose double. (Revue de médecine. Nro. 1. 1888.)

Nach Aufzählung der bisher publizirten Fälle von beiderseitiger Athetosis berichten Verf. über einen auf der Charcot'schen Klinik beobachten Fall.

Die 50 jährige Patientin erkrankte im vierten Lebensjahre, und zwar zeigte zunächst nur der linke Arm, 3 Jahre später auch der rechte, erst im 16. Jahre gleichzeitig beide Beine die Erscheinungen der Athetose, endlich wurde im 30. Lebensjahre die Artikulation der Worte unmöglich. Die Pat. ist kräftig, hat eine rechtsseitige Skoliose. Die Zungenspitze ragt über die Zahnreihe; der Speichel fliesst continuirlich aus dem Munde. Der Kopf ist infolge Contractur des sternocleidomastoideus nach links geneigt. Die Arme sind an die Brust geschmiegt. Die Hände sind stark flectirt, ebenso die ersten Phalangen; links aber sind die zweiten Phalangen gegen die ersten überextendirt und subluxirt; das gleiche gilt beiderseits vom Daumen, der stark abducirt ist; beiderseits ist der ganze Index subluxirt. Die angegebene Stellung lässt sich auch passiv wenig ändern. Die Beine extendirt und adducirt, beiderseits pes equino-varus. An den Athetose-Bewegungen nehmen ausser den Extremitäten, soweit es deren Deformation gestattet, auch alle Gesichtsmuskeln und speciell die abnorm voluminöse Zunge theil. Die Kranke kann ihre Hände gebrauchen, nicht dagegen ihre Beine. Die Kniephänomene sind gesteigert. Sensibilität normal. Hände und Füsse sind lividroth, kalt. Rechtes Bein etwas dünner, wie das linke. Die Sprache ist sehr erschwert, aber möglich. Die Verf. machen besonders aufmerksam auf die echt athetosischen Bewegungen der hypertrophischen Zunge, die Contracturen des Sternocleidomastoideus, wie aller Extremitäten, und die beschriebenen Gelenkveränderungen, welche den bei Arthritis deformans beobachteten vollständig gleichen. Verf. schliessen sich endlich der Meinung von Richardière an, wonach die beiderseitige Athetose auf einer Gehirnsklerose des Kindesalters beruhe.
Strauscheid (Bendorf).

628) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Eine experimentelle Studie auf dem Gebiete des Hypnotismus. (Stuttgart, F. Enke. 80 S. Pr. 1,60.)

Eine erweiterte Mittheilung des schon in der Oesterr. ärztl. Vereinszeitung 1888, Nro. 1 und 2 mitgetheilten merkwürdigen Falles von Hypnotismus bei einer Hystero-epileptischen, die eine höchst romanhafte Vergangenheit hinter sich hatte, ehe sie nach einem, den Angaben der vorliegenden Schrift zu Folge in der Hypnose begangenen Silberdiebstahl in die Klink des berühmten Psychiaters kam.

Der Fall ist nach der oben angegebenen Quelle schon sehr ausführlich in Nro. 4 p. 118 ff. dieses Blattes referirt worden, und wir verweisen für das thatsächliche auf dieses Referat. v. K.-E. schliesst aus diesem Falle 1) dass die Phänomene des Hypnotismus psychisch-suggestiver Natur sind; und 2) dass die posthypnotische Suggestion zum Entstehen von Autohypnose führt. Dies würde die schon u. a. von Benedikt angedeutete Auffassung bestätigen, dass man in der Hypnose wesentlich das sieht, was der Experimentator suggerirt; daneben aber zeigt v. K.'s Fall, dass die Autohypnose unter Umständen noch mächtiger wirken kann, so dass bei phantastischen Naturen eben auf diesem Wege die phantastischsten Erscheinungen entstehen können. So sah die betr. Person, als ihr einer der Anwesenden „wegsuggerirt" worden war, die von ihm geraucht Cigarre allein in der Luft umherspazieren. Der prompte Eintritt von suggerirten Temperaturschwankungen ist besonders merkwürdig, und würde (Ref.) darauf hindeuten, dass in der Hypnose durch suggerirte Vorstellungen Leitungsbahnen zu vegetativen Centren erregt werden, die sonst nur im Affect (Kälteschauer, Angstschweiss) leitende Verbindungen zum Vorderhirn erkennen lassen.

Kurella (Ahrweiler).

629) **von Frankl-Hochwart** (Wien): Ueber mechanische und elektrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln bei Tetanie.

(Deutsches Archiv f. klin. Medicin. 1888 Heft 1.)

Die Behauptung, dass bei der Tetanie die elektrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln gesteigert ist, (Benedikt, Erb, Chvostek etc.) bedarf noch der Revision; denn die galvanische Erregbarkeit ist noch nicht mit absolutem Strommaasse untersucht. Ueber die Verhältnisse am Muskel haben wir überhaupt sehr wenig genaue Untersuchungen. Zur galvanischen Prüfung diente der Gärtner'sche Pendelapparat, dem F. den Vorzug von allen anderen Untersuchungsmitteln einräumt. Zuerst ermittelt der Verfasser durch 35, an verschiedenen Tagen geübte Messungen, die am eigenen N. ulnar vorgenommen sind, die Schwankungen, welche in der Norm vorkommen können. Sie betrugen für den galvanischen Strom 0,7 M. A. — für den faradischen 14 M. A. Nicht immer ging mit Steigerung oder Herabsetzung für die eine Stromesart auch eine gleichartige Veränderung für die andere einher.

Verfasser räth daher bei Untersuchungen über quantitative Erregbarkeit die Messungen wiederholt vorzunehmen, um vor zufälligen Schwankungen sich zu schützen.

Die Normal-Tabellen sind von 54 theils gesunden, theils mit gesundem Nervensystem versehenen Individuen genommen. Untersucht wurden der Nervus facial., median, radial., ulnar., peron. Musc. front., flex. dig. comm. sublim., M. extens. digit. comm., Musc. biceps brach. Bestimmt wurde am Nerven KSZ, am Muskel KSZ und ASZ.

Diesen Normal-Tabellen gegenüber stehen 19 Fälle von Tetanie. 18 mal wurde Erhöhung der galvanischen Anspruchsfähigkeit der

Nerven konstatirt. Viel seltener war die faradische Anspruchsfähigkeit der Nerven geändert — sie erwies sich sehr häufig als normal. In zwei Fällen, wo das Absinken der Krampfzustände abgewartet wurde, zeigte sich nach Wochen die galvanische Erregbarkeit bedeutend geringer, die faradische eher höher als während der Anfälle. Nicht ganz konstant war die erhöhte Anspruchsfähigkeit der Muskeln (14 Mal bei 17 untersuchten Fällen). Die Verhältnisse in Bezug auf die zwei Stromesarten ähnlich wie oben.

Die von Chvostek beschriebene mechanische Uebererregbarkeit der Nerven (namentlich das Facialisphänomen) hat F. in allen seinen Fällen beobachtet.

Ausserdem sah er dieselbe jedoch auch bei einer Anzahl nicht mit Tetanie behafteter Individuen, einige waren nervenkrank [Epilepsie (2 F.), Neurasthenie (2 F.), Hemicranie (1 F.)], andere zeigten keine Spur von Nervenkrankheit; unter der letzteren Gruppe befinden sich meist jugendliche Handwerker von schwächlicher Constitution.

F. berichtet noch über einen eigenthümlichen Zustand der sich der Tetanie näherte; er erwähnt 4 Fälle, in denen mechanische und elektrische Uebererregbarkeit zu konstatiren waren.

Sämmtliche hatten nie an Krämpfen gelitten, klagten jedoch über ein Gefühl von Ziehen, Kriebeln in den Extremitäten. Ein solcher Fall wurde durch 4 Wochen beobachtet, ohne dass je Krämpfe auftraten. Nach Ablauf der genannten Zeit verschwanden die Erscheinungen der Uebererregbarkeit und der subjectiven Beschwerden, ohne dass je eine Andeutung von Krämpfen konstatirt wurde. F. reiht diese Zustände, die er als „tetanoide“ bezeichnet, der Tetanie an.

K.

---

630) **v. Frankl-Hochwart** (Wien): Ueber Elektrotherapie der Trigeminusneuralgie. (Wien. medic. Blätter Nro. 22. 1888.)

Verf. empfiehlt das Duchenne-Meyer'sche Verfahren bei Trigeminusneuralgien. Er benutzte hauptsächlich einen nach Angabe Pürthner's von Deckert und Homolka angefertigten Apparat für gleichgerichtete Ströme, und zwar mit Oeffnungsschlägen. Als Elektrode diente ein Doppelpinsel; letzterer besteht aus einer Hartgummihandhabe, von der aus nach beiden Seiten hin je eine Metallleiste ausgeht; jede dieser Leisten besitzt eine Schraube zur Aufnahme des Leitungsdrahtes; an jedem dieser Bälkchen ist ein Metallpinsel beweglich angebracht, so dass man im Stande ist, den Electroden eine beliebige Distanz anzuweisen. Einer der beiden Pinsel wird an den Austrittspunkt des Nerven, der andere in einiger Distanz davon an einer seiner Verlaufsstellen aufgesetzt; man beginnt mit ganz schwachen Strömen und geht zu immer stärkeren über.

Dauer der ersten Sitzung $^1/_2$—1, der späteren 2—3 Minuten. Die Erfolge waren recht befriedigend, zum Theil gut, selbst bei alten Neuralgien, die jeder anderen Behandlungsmethode getrotzt. Die Zeit während des Paroxysmus erscheint für die Pinselung am geeignetsten.

Am hartnäckigsten erwiesen sich Neurastheniker und Hysterische. Die Erfolge bei Ischias und Intercostalneuralgie standen denen bei Prosopalgien weit zurück. Goldstein (Aachen).

631) **Grasset et Sarda**: Observation de sclérose en plaques. Effet remarquable de la solanine sur le tremblement. (Ein Fall von multipler Sclerose. Günstige Beeinflussung des Tremors durch Solanin.) (Le Progrès. méd. 1888. 27.)

Ein Fall von Herdsclerose bei einem 43 jährigen Schäfer, in dem das Intentionszittern einen ziemlich hohen Grad erreichte. Das Solanin wurde in Dosen von 3—5 mal täglich 3 Centigramm gegeben; in 4 Tagen war der Tremor verschwunden, es wurde noch 5 Tage lang in absteigenden Dosen mit der Verabreichung des Medicaments fortgefahren und dann ausgesetzt. 6 Tage nach dem Aussetzen kehrte der Tremor wieder, erreichte jedoch erst nach 20 Tagen die frühere Intensität um bei erneuter Medication nach 6 Tagen wieder zu verschwinden. Die Verf. empfehlen das Solanin als ein sicheres Mittel, die Reflexe herabzusetzen, heben seine Ungefährlichkeit hervor, halten es aber für zweckmässig, in ähnlichen Zuständen den durch mittlere Dosen erzielten Erfolg durch von Zeit zu Zeit weitergegebene kleine Dosen zu sichern. Holtermann (Sachsenberg).

632) **Edward G. Dutton** (London): A severe case of Hysteria, cured by massage, seclusion, and overfeeding. (Ein schlimmer Fall von Hysterie geheilt durch die Weir-Mitchell'sche Methode.) (The Lancet 9. Juni 1888.)

Der im Verlaufe der Hysterie und Neurasthenie nicht selten erscheinende Vomitus erweist sich oft so refractär, dass die constitutionellen Verhältnisse darunter in hohem Grade Noth leiden.

Zur Retablirung derselben wurde, nachdem das Erbrechen nur Cereumoxalicum dauernd zu stillen vermocht hatte, die Weir-Mitchell'sche Methode, anfänglich in vorsichtiger Weise, in Anwendung und damit nicht allein in dem oben angegebenen Falle, sondern auch in noch 12 anderen gleichartigen Heilung erzielt. — Wenn nun auch nicht zu leugnen ist, dass diese Curmethode, besonders unter der in Rede stehenden Umständen, ihre grossen Vorzüge hat, so passt sie doch nicht überall, namentlich nicht da, wo sich zur Hysterie hypochondrische Verstimmung gesellt hat. — Ref.

Pauli (Köln).

633) **Kraepelin** (Dorpat): Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studirende und Aerzte. Zweite, gänzlich umgearbeitete Auflage. (Leipzig, Ambr. Abel. 540 S.)

K.'s weitverbreitetes Compendium liegt seit längerer Zeit schon als Lehrbuch in zweiter Auflage vor. Es zeigt die unschätzbaren Vorzüge der ersten Auflage, ungewöhnliche Klarheit und Einfachheit der Diction, und ausgezeichnete Feinheit des psychologischen Blicks, die sich besonders in dem Abschnitt über „allgemeine Pathologie und Therapie“ geltend macht. Dieser Abschnitt umfasst 209

Seiten; etwas kurz wird hier die praktisch so überaus wichtige Prognose behandelt.

Im speciellen Theile scheint die gewählte Eintheilung der Psychosen wenig glücklich; eines der in grossen Zügen entworfenen Krankheitsbilder, der Wahnsinn, scheint dem Ref. auf die Dauer nicht haltbar, und hier mag sich wohl der Einfluss eines Umstandes geltend machen, den der Verf. im Vorwort unter dem Hinweis auf „die eigene freilich noch wenig zureichende Erfahrung“ berührt. Auch die Einreihung der Zwangsvorstellungen und verwandter Zustände unter das „neurasthenische Irresein“ scheint wenig glücklich.

Die Literaturnachweise hätten in einem Lehrbuche wohl etwas reichlicher ausfallen können. Kurella (Ahrweiler).

---

634) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Ueber Neurosen und Psychosen durch sexuelle Abstinenz. (Jahrbücher für Psychiatrie VIII. 1. und 2. Heft 1888.)

Verf. geht von der Erfahrung aus, dass sexuelle Abstinenz in der Regel von normalen Individuen gut vertragen wird, besonders von Frauen, die er für weniger geschlechtsbedürftig von Natur erklärt, als die Männer; er betont, dass die bekannten Züge psychischer Sonderbarkeiten bei sog. alten Jungfern mehr die Folge des Ausfalls der socialen und ethischen Momente der Ehe sind, unter deren Einwirkung sich die weibliche Psyche erst typisch entwickeln kann, als die der Abstinenz. Ein Ersatz für die Ehe in entsprechender Arbeit und socialer Stellung würde in der Regel auch bei Weibern das Auftreten atypischer psychischer Erscheinungen in Coelibat verhindern. Für neuropathisch constituirte Individuen mit sehr lebhaftem Sexualtrieb könne aber allerdings Abstinenz die psychische Gesundheit gefährden; die centrale Hyperaesthesia sexualis fände keinen Ausgleich der Erregung im Coitus und müsse auf dem Wege einer Lendenmarksneurose zu allgemeiner Neurasthenie führen. K.

---

635) **Neisser** (Leubus): Kahlbaum's Gruppirung der psychischen Krankheiten 1863. (Jahrbücher für Psychiatrie. VIII. Heft 1 u. 2. 1888.)

Ein ausführliches Resumé von Kahlbaum's vor 25 Jahren erschienenen und, wie viele der Leistungen dieses originellen Forschers, einem unverdienten Todtgeschwiegensein verfallenem Buche. N. bemüht sich mit Erfolg nachzuweisen, dass auch die neusten Errungenschaften der Hirnpathologie sich in das Kahlbaum'sche System einfügen lassen. K.

---

636) **Strahan** (Northampton): Recovery from chronic insanity: four cases. (Jonrnal of mental science. Juli 1888.)

Verf. theilt folgende 4 Fälle von geheilter langwieriger Geisteskrankheit mit:

I. Frau A., 45 J. alt, erkrankte im Jahre 1877 nach dem Tode ihres Kindes an Verfolgungsideen. Nach 6 Jahren kam sie in eine andere Irrenanstalt und soll damals an Manie mit Wahnideen gelitten haben. Ein Jahr später trat eine geringe Aenderung ein, indem ab-

wechselnd Ruhe und Ruhelosigkeit mit Aufregung vorhanden war; nach $^1/_2$ Jahr starker Depressionszustand; abermals nach $^1/_2$ Jahr, von Mai 1885 ab allmähliche Besserung des körperlichen und geistigen Befindens; im Juli 1887 geheilt entlassen: Krankheitsdauer 9 Jahre 10 Monat.

II. Fr. W., 39 Jahre alt, wurde 1876 in eine Irrenanstalt aufgenommen, weil sie nicht leben kann, weil sie verloren ist und nicht gerettet werden kann, verbrannt werden muss; weil jeder der sie ansieht verbrannt werden wird. Ende 1882 in eine andere Irrenanstalt verlegt bot sie das Bild einer Manie mit Wahnideen. 2 Tage nachher wurde sie ruhiger und besserte sich allmählig, bis sie im Jan. 1884 geheilt entlassen wurde, 8 Jahre nach Beginn der Erkrankung. Mit ihrer Besserung einher ging ein Seltenerwerden und nachher Verschwinden der Menstruation.

III. Frl. K., 47 Jahre alt, wurde 1880 wegen eines Depresionszustandes in eine Irrenanstalt gebracht; im Jahre 1882 in eine andere Anstalt geführt zeigte sie abwechselnd Exaltations- und Depressionszustände in so regelmässigen Intervallen, dass man an uterinen Ursprung denken musste, wenn auch die Menstruation schon cessirt hatte. Seit Ende 1886 Besserung; Nov. 1887 geheilt entlassen, 7 Jahre 8 Monat nach Beginn der Erkrankung.

IV. Fr. S., 34 Jahre alt, fand 1879 wegen einer Manie Aufnahme in die Irrenanstalt; bald abwechselnd Ruhe und längere Zeit anhaltende maniakalische Zustände, welche letztere in der Regel mit der Menstruation einsetzten. Seit Febr. 1885 Besserung, Oct. 1886 geheilt; 7 Jahre nach Anfang der Geistesstörung.

Verf. macht darauf aufmerksam, dass in 3 der obigen Fälle ein Wechsel des Anstaltsaufenthaltes stattfand, dessen Einfluss mit Rücksicht auf die neue Umgebung und die neuen Lebensverhältnisse nicht zu unterschätzen ist, in den oben berichteten Fällen aber auch nicht zu hoch angeschlagen werden darf, da in zweien von 3 die wirkliche Besserung erst ziemlich lange nach dem Wechsel statt fand; ungleich wichtiger ist nach Ansicht des Verfassers der Eintritt des Climacterimus; die 4 Patientinnen waren bei ihrer Heilung 55, 47, 54, 42 Jahre alt. Strauscheid (Bendorf).

---

637) **B. Tak** (Nottingham): A strange case of suicide.

(Journal of mental science Juli 1888.)

Frl. T., 31 Jahre alt, wurde im Jahre 1887 in die Irrenanstalt aufgenommen wegen einer Melancholie mit ausgeprägter Tendenz zum Suicidum. Sie erhielt deshalb 2 ständige Wärterinnen von denen eine am Tage, die andere während der Nacht die Patientin nicht aus dem Auge liess. 4 Tage nach der Aufnahme stiess sie den Griff einer Zahnbürste mit Heftigkeit so tief in den Schlund, dass dieselbe kaum noch aus dem Munde hervorragte. Bald darauf trat eine heftige Schwellung des ganzen Rachens, Temperatur und Pulssteigerung auf. Am 2. Tage dieser Erkrankung gab Pat. an, dass sie vor 4 Tagen während der Nacht, als sie gerade der Wärterin den Rücken zuwendete

eine grad gebogene Haarnadel durch den Nabel in die Eingeweide nach der linken Seite hin stiess. Eine genaue Abdominaluntersuchung liess keinerlei Schmerzhaftigkeit, noch weniger einen festen Gegenstand erkennen. Erst nach mehreren Tagen, als die Temperatur wieder normal war, und die Schwellung der Rachengebilde sich zurückgebildet hatte, trat vorübergehend Schmerz im Leibe, Erbrechen geringer Meteorismus auf; constant war ein hoher Puls. Tod am 9. Tage der Erkrankung. Die Section ergab eine starke Peritonitis, hervorgerufen durch eine $5^1/_2$ Zoll lange Haarnadel, deren eines Ende im Colon, das andere im Psoas stak. Strauscheid (Bendorf).

638) **Richard Greene** (Northampton): Asylum Hospitals, with plans.
(Journal of mental science. Juli 1888.)

Verf. berichtet über die Einrichtung des mit der Irrenanstalt von Berry Wood verbundenen Hospitals für die Behandlung der infectiösen Krankheiten. Zugleich gibt er eine Reihe von Gesichtspuncten für den Plan und die innere Einrichtung solcher Gebäude an, die in ihren Details hier wiederzugeben zu weit führen würde, die im Original nachgelesen werden mögen. Strauscheid (Bendorf).

439) **Hack Tuke:** On the varions modes of providing for the insane and idiots in the United States and Great Britain.
(Journal of mental science; Juli 1888.)

Verf. giebt eine vergleichende Uebersicht über die Versorgung der 80156 (1. Jan. 1886) englischen, 11187 (1. Jan. 1886) schottischen und 168854 (1. Jan. 1880) amerikanischen Geisteskranken. Dabei zeigt sich, dass die grosse Mehrzahl (71,7%) der Pat. in England in Provinzialirrenanstalten ist; wenn auch T. den grossen Umfang, den einige derselben erreicht haben, bedauert, so hält er doch im Ganzen dieselben für die beste Versorgungsart für die grosse Anzahl der armen Pat. In Schottland ist der Umfang der Verpflegung der Geisteskranken in Privatwohnungen unter ärztlicher Aufsicht (19,5%) auffallend; der Erfolg ist so ermuthigend, dass ihm das System auch für die Vereinigten Staaten an passenden Oertlichkeiten nachahmenswerth erscheint. Der Versorgung der Irren der höheren Stände sind in England und Schottland milde Stiftungen und Privatanstalten gewidmet; das Streben des Volks und der Gesetzgeber ist darauf gerichtet, milde Stiftungen zu ermuthigen, in den Provinzialirrenanstalten Einrichtungen für Kranke der besseren Stände zu treffen und alle Privatanstalten möglichst einzuschränken.

In Amerika tritt die staatliche Fürsorge für gemischte Klassen von Patienten besonders hervor; doch ist dabei für die Wohlhabenden besser gesorgt als für die Armen, die auf schlechtere Provinzialanstalten und Armenhäuser angewiesen sind. Verf. spricht sich energisch gegen die Versorgung der (ärmeren) Geisteskranken in Armenhäusern aus, die in den Vereinigten Staaten in nicht geringem Maase (25%) stattfindet. Strauscheid (Bendorf).

640) **John Baker** (Portsmouth): Some remarks on the relation of epilepsy and crime. (The journal of mental science; Juli 1888.)

B. giebt eine Uebersicht über die innerhalb der letzten 23 Jahre ins Broadmoor Asylum für geisteskranke Verbrecher aufgenommenen Epileptischen. Von 1660 aufgenommenen Pat. waren 128, also 7,7% Epileptische; von diesen hatten 89 Homicidal-, 39 andere Verbrechen, und Vergehen sich zu schulden kommen lassen. Das Verhältniss der mörderischen Epil. zu den übrigen geisteskranken Mördern war 51:458 od. 11%. Die Mehrzahl der männlichen epil. Verbrecher war ledig, die meisten weiblichen verheirathet. Am häufigsten begingen Verbrechen die Männer im Alter von 25—30 Jahren, die Weiber im Alter von 20—25 und von 35—40 Jahren. Was die Ursache der Epilepsie angeht, so fand Verf., dass Traumen, insbesondere Kopfverletzungen eine besonders gefährliche Form von Epil. herbeizuführen pflegen, dass idiopathische Ursachen z. B. Sonnenstich, Fieber, Schreck, Shock etc. einen weniger gefährlichen Typus schaffen, und dass Epileptische mit congenitalem Defect nicht so zu Mord geneigt sind als diejenigen, deren Neurose auf andere Ursachen zurückzuführen ist. Verf. erwähnt endlich, dass starker Alkoholgenuss bei Epileptikern besonders gefährlich ist Strauscheid (Bendorf).

II. Aus den Vereinen.

I. Académie de médécine zu Paris.

Sitzung vom 17. April. u. 22. Mai. 1888. (Le Progrès médical 1888 16. 21.)

641) **Décaisne** macht Mittheilung über *bei Rauchern auftretenden Schwindel.* Nicotin verengert die Gefässe, diese starke Verengerung der Gefässe des Gehirns bringt den Schwindel zu Stande. Mit dem Aufhören der Wirkung tritt das Gegentheil und damit eine Congestion ein. D. empfiehlt bei diesen Zuständen: völlige Enthaltsamkeit vom Tabak oder doch Einschränkung des Genusses, Laxantien, laue Bäder, Amara, subcutane Aetherinjectionen.

642) **Bronardel** berichtet über die Beobachtungen mehrerer Aerzte, die bei einer Epidemie von Meningitis cerebrospinalis, die in Nicosia (Cypern) herrschte, von der Anwendung des Antipyrin überraschende Erfolge sahen. Holtermann (Sachsenberg).

II. Société médicale des Hôpitaux zu Paris.

Sitzung vom 27. April. 8. Juni 1888. (Le Progrès médical 1888. 18. 24.)

643) **Renault** stellt ein 16 jähriges Mädchen vor, das im Anschluss an ein typhoides Fieber im Alter von 4 Jahren eine linksseitige Hemiplegie erlitten hatte, der bald eine linksseitige Hemiathetose der Extremitäten mit geringer Atrophie aber ohne Sensibilitätsstörungen folgte. Die Intelligenz der Kranken ist normal. R. hält dafür, dass die Läsion im Corpus striatum zu suchen sei auf Grund eines kürzlich von Landouzy veröffentlichten zur Autopsie gelangten ähnlichen Falles.

644) **Ballet** weist nach, dass in Folge von Gelenksalterationen Muskelspasmen auftreten können. So traten in einem Falle bei einer 61 jährigen Frau die an Arthritis deformans namentlich des rechten Handgelenks litt, Muskelspasmen anfallsweise von 1 bis zwei Minuten Dauer in der rechten oberen Extremität auf. In einem anderen Falle wurden diese ebenfalls in Anfällen von ein bis zwei Minuten Dauer in den Masseteren und zwar bei einem 48 jährigen Manne beobachtet der an chronischem Gelenkrheumatismus hauptsächlich des Knie- und des Temporo-maxillargelenks litt. Holtermann (Sachsenberg).

III. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 5., 12., 19., 26. Mai, und 16., 30., 7. Juni 1888. (Le Progrès médical 1888. 19. 20. 21. 22. 25. 27. 28.)

644) **Richet** hat bemerkt, dass nach Injection einer stärkeren Cocainlösung in die Venen oder unter die Haut eines Thieres Convulsionen auftreten, die denen bei partieller Epilepsie gleichen. Nach Durchschneidung des Rückenmarks dauerten die Convulsionen fort. Aus verschiedenen angestellten Versuchen zieht R. in Folgerung, dass es gefährlich ist, Cocainum muriaticum Kranken zu geben, bei denen die centrale Körpertemperatnr eine starke Steigerung erfahren hat.

646) **Royer** hat Versuche angestellt über den Antagonismus verschiedener toxischer Substanzen. Er wandte bei seinen Versuchen Mischungen solcher Gifte an, die allgemeine als Antagonisten gelten wie Morphium und Atropin etc. und fand dabei, dass ein solcher Antagonismus nicht existirt, sondern vielmehr die Wirkung der beiden gemischten Stoffe im Allgemeinen eine bedeutend stärker toxische ist, als die des einen Stoffes allein.

647) **Chouppe** erwähnt dagegen seine eigenen Versuche, nach denen er die Wirkung toxischer Dosen Strychnin durch Antipyrin, das vorher, zu gleicher Zeit, oder kurz darauf gegeben wurde, aufheben konnte, ebenso wie die des Nicotin durch Acetanilid, und warnt vor allzu rigoroser Beurtheilung dieser Verhältnisse. Wenn auch wirklicher toxischer Antagonismus nicht existire, so lassen sich doch für gewisse Fälle aus dem physiologischen Antagonismus einzelner toxischer Substanzen in therapeutischer Hinsicht Vortheile für die Praxis ziehen, die freilich nach Race und Individualität verschieden sein werden.

648) **Onimus** verliest die Krankengeschichte eines Mannes, der während des Erdbebens in Nizza vor einem Jahre im Augenblick, als er beim Telegraphenapparat beschäftigt war, von einem electrischen Schlage getroffen wurde. Der rechte Arm war völlig gelähmt, die Sensibilität erloschen; nach und nach ist Besserung eingetreten, jedoch bis jetzt noch keine völlige restitutio ad integrum. Die electrische Entladung stand jedenfalls im Zusammenhange mit dem Erdbeben.

649) **Luys** untersuchte die Wirkung farbiger Gläser auf den psychischen Zustand hypnotisirter Individuen. Er fand bei zwölf unter diesen, dass Blau fast immer eine depressive Wirkung hervorbrachte, während Roth nnd Gelb Erregungen angenehmer Art hervorriefen.

650) **Pitres et Vaillard** theilen das Resultat ihrer Untersuchungen über die Läsionen mit, die durch die Einwirkung von reinem oder verdünntem Alkohol auf lebende Nerven zu Stande kommen. Die Injectionen eines halben Cubikcentimeters 85% Aethyl- oder Methylalkohols in die Nähe des Ischiadicus bei einem Meerschweinchen brachte gewöhnlich als locale Läsion nur eine einfache Anschwellung selten Schorfbildung hervor. Unmittelbar nach der Injection trat eine völlige sensible und motorische Lähmung des Beines und des Fusses ein, ähnlich wie nach Aetherinjectionen. Diese Lähmung dauert mehrere Wochen und ist häufig von trophischen Störungen (ödematöser Schwellung, Ulceration des Tarsus, Ausfall der Nägel) begleitet. Diesen functionellen Störungen entsprechen die Modificationen, welche die Structur des Nerven erleidet. In den ersten 24 Stunden zeigen die Nervenfasern keine besondere Veränderung; am zweiten Tage wird das Myelin undurchscheinend, kohlschwarz, die Kerne sind entstellt und der Färbung nicht zugänglich. Vom 10. bis 30. Tage zerkrümelt sich das Myelin in feine Körnchen: mehr oder weniger zahlreiche Kerne erscheinen in der Schwann'schen Scheide und das sie umgebende Protoplasma füllt sich mit Myelinstaub. Der Axencylinder ist ganz verschwunden, von der Nervenfaser ist nur noch die Umhüllung übrig, die hier und da Myelinreste und zahlreiche Kerne enthält. Vom 40. Tage an erscheinen die ersten Spuren der Regeneration. Die Wirkung des concentrirten Alkohols ist somit analog der des Aether. Die Amyl-, Propyl-, Cupyl-, Allyl- und Isobutyl-Alkohole haben weit zerstörendere Wirkungen als die Aethyl- und Methylalkohole. Das Glycerin, das seiner chemischen Zusammensetzung nach sich den Alkoholen nähert ist weit weniger schädlich wie diese.

III. Kleine Mittheilung.

Nach Pensionirung des dirigirenden Arztes der Frankfurter städtischen Heil- und Pflege-Anstalt für Irre und Epileptische, des greisen Dr. H. Hofmann, ist der bisherige Direktor der Provinzial-Irren-Anstalt Bunzlau in Schlesien, Dr. Sioli zum Direktor der Frankfurter Anstalt mit Titel und Befugnissen eines solchen, namentlich als Vorgesetzter aller Beamten einschliesslich des Verwalters ernannt worden. Die Frankfurter Anstalt war eins der wenigen Institute in Preussen, wo der dirigende Arzt dem Verwalter coordinirt steht; die Stadtverordnetenversammlung hat die Bedingung einer Aenderung dieser Verhältnisse und einige andere Bedingungen Herrn Dr. Sioli bewilligt.

Berichtigung.

In dem Feuilleton der letzten Nummer (16) muss es heissen statt: Nro. 8 **Ndl. V.** d. h. Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie. **Red.**

Redaction: I. V. Dr. H. Kurella in Ahrweiler.
Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig. Druck von **Philipp Werle** in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. 15. September 1888. Nro. 18.

Inhalt.

I. Originalien. I. Zur physiologischen und therapeutischen Wirkung des Hyoscinum hydrochloricum. Von Director Dr. **Eugen Konrad** in Hermannstadt. II. Criminelle Anthropologie und positives Strafrecht. Von Dr. **H. Kurella**, II. Arzt dsr v. Ehrenwall-'schen Privatanstalt in Ahrweiler.

II. Referate und Kritiken. **Debierre**: Die Anastomosen des Nervus medianus mit dem N. musculo-cutaneus am Oberarm und die des N. medianus mit dem N. ulnaris am Vorderarm. **Baratoux**: Ueber subjective Farbenwahrnehmung beim Hören. **Bollinger**: Ueber plötzlichen Tod aus Angst bei einem Gefangenen. **Kynaston**: Ohrreflexe. **Wilks**: Epilepsie und Migräne. **Helweg**: Diffuse Phlegmonen und andere acute Trophoneurosen bei Geisteskranken. **Johansen**: Hypnotische Behandlung des Morphinismus. **Friis**: Die Kopenhagener Epidemie von Mening. cerebro-spin. im Jahre 1886. **Weber**: Dentinoide der Zahnpulpa als Ursache epileptischer Anfälle. **Saltzmann**: Dehnung bei Facialiskrampf. **Demange**: Ataxie symptomatique ou hémiataxie bilatérale par lésions symétriques du cerveau. **Boccolari** und **Manzieri**: Nuove esperienze di catoforesi elettrica con applicazioni therapeutiche. **Musso**: Sopra alcune alterazione delle cellule nervose spinali. **Manzieri**: Sopra un caso singolare di febbre intermittente di probabile natura isterica consecutiva a pneumonide migrante. **Moretti**: Del paramioclono molteplice (calinocorea). **Haltenhoff**: Zur Geschichte der Gerlier'schen Krankheit. **Marie**: Die Thomsen'sche Krankheit. **Radziszewki**: Ein Fall von spontaner symmetrischer Gangrän der Finger. **Rotherat**: Neuralgie der Blase.

III. Aus den Vereinen. I. Société de Biologie zu Paris. II. Société de Chirurgie zu Paris. III. Société française d'etologie et de laryngologie. IV. Société médico-chirurgicale de Liège. V. Société médicale des Hôpitaux. VI. The medico-psychological Association of Great Britain and Ireland.

I.

Zur physiologischen und therapeutischen Wirkung des Hyoscinum hydrochloricum.

Von Director Dr. EUGEN KONRAD in Hermannstadt.

Die günstigen Berichte*) über die hervorragende sedative Wirkung des Hyoscins veranlassten mich dieses Mittel in den üblichen

*) In jüngster Zeit von ungarischen Psychiatern: Salgó, Wiener Med. Wochenschrift 1888, Nro. 22; Krausz, Orvosi Hetilap 1888, Nro. 16; Fischer, Gyógyàszat 1888, Nro. 19.

Dosen bei den meiner Behandlung unterstehenden Geisteskranken anzuwenden. Schon anlässlich der ersten therapeutischen Versuche beobachtete ich jedoch, dass, neben der allerdings vorzüglichen beruhigenden Wirkung, gewisse Nebenerscheinungen auftreten, deren genauere Feststellung mir aus naheliegenden Gründen geboten erschien. Diese offenbar von toxischer Wirkung des Mittels zeugenden Nebenerscheinungen bestanden in der Beeinflussung der Herzbewegungen und im Hervorrufen von bedenklichen Hirnsymptomen. Ich fühlte mich daher bewogen das Hyoscin auch bezüglich einiger physiologischer Wirkungen durch Versuche zu erproben.

Ueber die Wirkung des Hyoscins auf das Herz sagt Kobert, dass der hemmende Einfluss des Vagus, selbst wenn Muscarin eingewirkt hat, durch Hyoscin sofort aufgehoben wird, und zwar bei allen Thieren, welche überhaupt einen Herzvagus besitzen. Beim Menschen trete dieser Wegfall der Hemmungsfunction des Vagus und seiner Ganglien schon bei Dosen unter einem Milligramm ein, und es sei somit sowohl die Angabe Clausen's, dass Hyoscin den Herzvagus reize, als auch diejenige Wood's, dass dieser Nerv gar nicht beeinflusst wird, unrichtig. Ich glaube nun gefunden zu haben, dass der Einfluss des Hyoscins suf das Herz sich nicht so einfach gestaltet. Beim Menschen zeigt sich eine *anfängliche Steigerung* der Pulsschläge, der aber später eine weitaus länger dauernde *Herabminderung* folgt. Auch beim Kaninchen habe ich nach der etwas längeren Beschleunigung eine beträchtliche Verlangsamung der Herzschläge beobachtet. Bei einem Thiere wurde der Brustkorb freigelegt um den Herzstoss nicht nur fühlen sondern auch sehen zu können; die Herzschläge wurden mehrfach abgezählt und notirt, dann geschah die Injection unter die Haut (4 milligramm) und wurde die eingetretene beträchtliche Steigerung der Herzschläge constatirt; nach Durchschneidung des einseitigen Vagus konnte ich eine beachtenswerthe weitere Steigerung der Herzschläge zwar nicht beobachten, aber Reizung des peripheren Stumpfes (auch des centralen) ergab eine sofortige sehr augenfällige Verlangsamung der Herzbewegungen. Ein wiederholter Versuch gab das nämliche Resultat. Ich kann daher an ein Aufheben der hemmenden Functionen des Vagus nicht glauben und scheint es mir vielmehr, dass die Beschleunigung eher von einer Reizung der erregenden Centren abhängig ist.

Beim Menschen tritt die Vermehrung der Pulsschläge nicht in in allen Fällen ein; wohl kann man aber die Herabminderung, wenn man die Action des Herzens längere Zeit verfolgt, durchwegs constatiren; ich kann demnach die Behauptung Kobert's, dass die Pulsfrequenz des Menschen während der Hyoscinwirkung unverändert bleibt oder sich steigert, nicht bestätigen. Und dass in Fällen, wo eine anfängliche Steigerung der Pulszahl eintritt, dies keineswegs die Hauptwirkung des Hyoscins auf die Herzbewegungen vorstellt, lässt sich einfach durch Bestimmungen der entfallenden Zeitdaner beweisen. Zur Beleuchtung dieser Verhältnisse mögen die folgenden Zahlen dienen. Die Zahl vor = bedeutet die Mittelzahl der Pulsschläge vor der Hyoscininjection, gewonnen durch 4—5-maliges Abzählen des Pulses in

je 5 Minuten bei liegender Stellung der Versuchsperson. Die Zahlen nach = gehören der Hyoscinwirkung an, während die oberhalb dieser befindlichen kleinen Zahlen in Minuten die Zeit angeben, welche seit der Injection verflossen ist. Ich bemerke noch, dass die Abzählungen durch Assistenten genau controllirt wurden.

Bei gesunden Menschen.

I. 80 = 68 (5) — 60 (10) — 66 (20) — 72 (25) — 72 (35) — 78 (40) — 68 (45) — 68 (50) — 56 (60) — 60 (70) — 50 (110) — 68 (135) — 52 (180) — 52 (250) — 48 (360) — 80 (415) — 84 (452) — 88. (480)

Notiz. Dosis 1 mgm. Bei 50 Puls tiefer Schlaf, bei 48 Puls wacher Zustand.

II. 80 = 108 (15) — 112 (28) — 100 (37) — 76 (50) — 80 (58) — 68 (90) — 64 (125) — 64 (303) — 72. (350)

Notiz. Dosis 1 mgm. Puls oft unregelmässig, bei 64 Pulszahl wacher Zustand.

III. 68 = 64 (5) — 64 (10) — 64 (15) — 76 (20) — 76 (25) — 72 (30) — 68 (40) — 60 (50) — 58 (60) — 60 (70) — 56 (80) — 56 (90) — 52 (115) — 48 (175) — 52 (215) — 52 (300) — 60 (360) — 66 (420) — 68 (480) — 80. (600)

Notiz. Dosis 1 mgm. Bei 48 Pulszahl verzehrt sein Mittagmahl, bei 52 Schlaf, bei 60 wacher Zustand.

IV. 64 = 50 (5) — 50 (10) — 54 (15) — 48 (20) — 50 (25) — 48 (120) — 48 (385) — 52 (500) — 68. (580)

Notiz. Dosis $^1/_2$ mgm. Schlaf nach 120 Minuten.

Bei Kranken. (Dosis 1 mgm.)

I. 60 = 68 (15) — 72 (30) — 66 (42) — 64 (52) — 52 (90) — 48 (180) — 44 (217) — 48 (305) — 60. (380)

II. 140 = 180 (10) — 162 (15) — 144 (40) — 144 (55) — 108 (85) — 84 (145) — 120 (180) — 92 (270) — 96. (490)

III. 120 = 120 (24) — 96 (34) — 92 (46) — 80 (76) — 72 (136) — 120 (180) — 100. (270)

IV. 80 = 60 (5) — 48 (10) — 60 (15) — 60. (20)

V. 100 = 100 (5) — 112 (13) — 112 (30) — 100 (43) — 82 (55) — 60 (130) — 72 — 88. (480)

VI. 72 = 68 (5) — 64 (10) — 76 (15) — 72 (25) — 64 (50) — 68 (80) — 80 (230) — 68. (330)

(u. s. w.)

Aus diesen Zahlen ist ersichtlich, dass eine anfängliche Erhöhung der Pulszahl wohl vorkommt, diese über eine Stunde hinaus nicht anhält, während auf das Sinken der Zahl mehrere, ja viele Stunden entfallen. Ob nun die anfängliche Steigerung und die nachfolgende dauernde Verlangsamung der Herzbewegungen die Folge einer Einwirkung auf erregende bezw. hemmende Centren sei; ob ferner die Veränderungen der Innervation des Herzens überhaupt durch directe Einwirkungen zustandekommen oder hiebei vasomotorische Einflüsse mit im Spiele sind: — darüber haben weitere eingehendere physiologische Versuche zu entscheiden. Was speciell die vasomotorischen Veränderungen durch das Hyoscin anbelangt, so ist es sicher, dass solche sowohl beim Thiere als beim Menschen zu beobachten sind. Am Kaninchenohr ist das häufige Wechseln der Gefässfülle (mit den normalen Schwankungen nicht zu verwechseln) auffallend; bei einem Kaninchen, das 4 mgm. injicirt bekam entleerten sich diese Gefässe in Intervallen von einigen Minuten plötzlich, die Blässe des Ohrs weichte aber bald einer länger dauernden Röthe, bedingt durch maximale Erweiterung des Gefässlumens. Beim Menschen beobachtet man häufig Röthungen der Haut, der Conjunctiva, ferner geben manche Versuchspersonen und auch Kranke an, dass sie durchschiessende Hitzegefühle empfinden.

Ich habe noch bezüglich des Pulses zu bemerken, dass auch Unregelmässigkeiten desselben während der Hyoscinwirkung vorkommen. Veränderungen der Völle und des Tempos sind nicht selten. Bei einer Kranken beobachtete ich ein eigenthümliches Tempo, welches darin bestand, dass einige Schläge je eine Secunde in Anspruch nahmen, von den folgenden aber stets $2—2^1/_2$ bis 3 Schläge auf eine Secunde fielen.

Im Allgemeinen halte ich also die Constatirung dessen für wichtig, *dass das Hyoscin schon in den zu therapeutischen Zwecken verwendeten Gaben beachtenswerthe Störungen in der Herzinnervation hervorrufen kann.*

Die Anwendung des Hyoscins in der psychiatrischen Praxis beruht auf der hervorragenden Wirkung, welche das Mittel auf das Gehirn ausübt. Nach meinen Beobachtungen besteht diese Wirkung in einer Depression der Corticalisfunctionen. Dass durch das Hyoscin die Rindenleistungen herabgesetzt, ja gewissermaassen gelähmt werden, das zeigt uns nicht nur das Verhalten des unter Hyoscinwirkung stehenden Menschen oder Thieres, sondern auch die Thatsache, dass bei Thierversuchen, entsprechend der aufsteigenden Reihe der Gehirnentwicklung die Intensität der Wirkung zunimmt. So sehen wir, dass im Verhalten von Kaninchen nach 6 mgm. des Mittels besonders auffallende Erscheinungen nicht zu Tage treten. Bei Katzen treten schon bei einer Gabe von 2 mgm. Zeichen von Unruhe, zielloses Hin- und Herlaufen, Aeusserungen offenbaren Unbehagens und Schwindelerscheinungen auf; die Coordination der Bewegungen bleibt ungestört, Schlaf stellt sich nicht ein. Beim Hunde rufen 2 mgm. geradezu vehemente Symptome hervor. Das Thier fängt nach 20 Minuten zu bellen und heulen an, rennt mit dem Kopfe an alle Gegenstände an, zeigt allerlei Störungen der Sinnesthätigkeiten, taumelt herum; beim Aufwärtslaufen

an einer Treppe betastet es vorher die einzelnen Stufen, setzt die Pfote oft umgekehrt auf, wie ein Hund dessen motorische Regionen für das Bein exstirpirt wurden. Später tritt ein zeitweises Schlummern ein und nach fünf Stunden ist das Thier von einem anderen unbehelligt gebliebenen Thiere nicht zu unterscheiden.

Beim Menschen können Dosen von $^1/_2$—1 mgm. sehr energisch wirken. Nach 10—50 Minuten treten subjective Symptome auf: Schwere in den Gliedern, im Kopfe, Hitzegefühle, Trockenheit im Halse, trübes Sehen. Beinahe gleichzeitig mit diesen subjectiven Empfindungen stellt sich eine Erweiterung der Pupille ein, wozu sich bei Manchen Accomodationsstörungen gesellen. Dann folgen Schwindel beim Aufstehen aus dem Bette, unsicherer Gang, vereinzelte Zuckungen in den Armen; bei Einigen habe ich auch schwere Beweglichkeit und Zittern der Zunge neben Silbenstolpern beobachtet. Dem vorausgehenden häufigeren Schlummern folgt endlich der Schlaf, dessen Eintreten bei Gesunden in 1—3 Stunden zu erwarten ist.

Bei Dreien der 4 gesunden Versuchspersonen traten Sinnestäuschungen auf. Die Leute sahen allerlei Thiere und Menschen massenhaft in ihrer Umgebung, massenhafte Werkzeuge ihres Metiers, Objecte etc., führten Zwiegespräche, begingen verkehrte Handlungen, suchten unter den Betten herum, ihr Gedankengang war gestört und waren sie sich ihrer momentanen Lage unbewusst. Diese Hallucinationen, ähnlich wie beim Alcoholdelirium, waren durch energische Ansprachen zu verscheuchen. Ihr Eintritt erfolgte während des Schlummerstadiums oder auch während der Einnahme des Mittagmahles, zu welchem die Leute geweckt wurden.

Das Hyoscin *kann* also schon in den zu therapeutischen Zwecken gebräuchlichen Gaben als unangenehme Nebenerscheinungen *Hallucinationen hervorrufen.*

Als Sedativum habe ich das Mittel in 11 Fällen der acuten Manie in 9 der chronischen Manie, in 9 der secundären Geistesstörung, in 8 des acuten Wahnsinns, in je 4 Fällen der epileptischen Psychose und der progressiven Paralyse angewendet und mehrere hundert Injectionen verbraucht. Die beruhigende Wirkung bestand in ihren Hauptzügen darin, dass die Agilität und die lauten Entäusserungen des Erregungszustandes bald bedeutend abnahmen, die Kranken irgend ein Lager aufsuchten, dann begannen sie unterbrochen zu schlummern und schliesslich kam in den meisten Fällen der Schlaf. Nach dem Erwachen tobten die Kranken einfach weiter, als wäre nichts geschehen; die Hyoscinwirkung rief also bloss ein Intermezzo im Verlaufe der Erregung hervor. Die Toleranz gegen das Mittel war eine individuell sehr verschiedene. Bei Einzelnen trat die Beruhigung schon nach 10—30 Minuten bei einem $^1/_2$ mgm. als Dosis ein und hielt 3—8 Stunden an, bei Anderen erschien sie erst trotz der bis zu 1 mgm. erhöhten Gabe nach 2—3 Stunden und verschwand auch nach etwa derselben Zeit. Eintrittszeit, Dauer und Intensität der Wirkung war übrigens nicht nur individuell verschieden, sondern es zeigten sich auch bei ein und demselben Individuum zu verschiedenen Zeiten in dieser

Hinsicht äusserlich ganz unmotivirte Variationen. Als Regal scheint nur die Beobachtung hervorzugehen, dass die Receptivität für das Mittel bei dauernder Anwendung im Allgemeinen abnimmt, demzufolge späterhin Dosen über 1 mgm. angewendet werden müssten, welche zu verabreichen und gewiss bedenklich erscheinen muss.

In 2 Fällen von Manie war trotz der erhöhten Dosen keine beruhigende Wirkung zu beobachten, dafür erwies sich aber das Mittel in einem Falle von periodischer Manie, wo Chloral (4 grm.), Morphium (12 ctgm.) u. a. beruhigende Verfahren nutzlos blieben, als stets wirksam. In 2 Fällen trat Brechreiz und Appetitlosigkeit ein. Uebrigens wurden keine ernstlich Besorgniss erregenden Erscheinungen von Seite des Organismus beobachtet.

Weniger gefahrlos erscheint aber der Einfluss der Hyoscinwirkung auf den psychischen Zustand. Bei Epileptikern trat schon bei $^1/_2$ mgm. Hyoscin hochgradige Pupillenerweiterung und dabei furibundes Verhalten auf, auch stellten sich zweifellose Hallucinationen ein. In einem Falle von acutem Wahnsinn wurde im maniakalischen Stadium 1 mgm. Hyoscin injicirt; nach 10 Minuten zog sich die kurz noch lachende, tanzende Kranke in einen Winkel zurück, machte allerlei Abwehrbewegungen, sprach mit ängstlichem Gesichtsausdruck, hatte allerlei Angstgefühle und Hallucinationen ängstlichen Inhalts. Es ist zwar richtig, dass diese kurz andauernden Erscheinungen alsbald durch den Schlaf verdrängt werden, dennoch kann es nicht gleichgiltig sein bei Geisteskranken Sinnestäuschungen hervorzurufen oder deren Eintritt zu begünstigen. Wo daher eine derartige Wirkung des Hyoscins zu beobachten ist, wird es angezeigt sein die Dosis herabzusetzen oder wohl ganz vom Mittel Abstand zu nehmen.

Trotz der angeführten Nachtheile betrachte ich das Hyoscin als einen Gewinn für die psychiatrische Praxis, glaube aber, dass in der Anwendung gewisse Schranken nicht überschritten werden sollen. Ich halte mich diesbezüglich an die folgende Sätze.

1. In heftigen Erregungszuständen chronischer Formen, besonders bei grosser Agilität und Zerstörungstendenz, ist das Hyoscin in Dosen von $^1/_2$—1 mgm. zeitweise verwendbar. Die Wiederholung der Injectionen in continuo überschreite nicht 2—3 Tage.

2. Bei acuten heilbaren Psychosen meide man das Mittel, so lange mittels anderer beruhigender Methoden eine ausreichende Wirkung erzielt werden kann. Ist aber Consumtion der Kräfte zu befürchten, dann können einzelne in grösseren Zwischenzeiten verabreichte Gaben gute Dienste leisten.

3. Bei Herzkranken soll Hyoscin thunlichst gemieden werden.

II.

Criminelle Anthropologie und positives Strafrecht.

Von Dr. H. KURELLA,

II. Arzt der v. Ehrenwall'schen Privatanstalt in Ahrweiler.

Der Titel dieser Zeitschrift nennt als den dritten Hauptgegenstand ihrer Wirksamkeit gerichtliche Psychopathologie. Es liegt nicht

an dem Herausgeber dieser Blätter, wenn trotzdem die Fortschritte dieser Disciplin in ihnen nur selten hervorgetreten sind. Es sind freilich zu wiederholten Malen, zum Theil in recht ausführlicher Weise, die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen hier besprochen worden, was aber die deutsche Literatur in dieser Richtung neues hervorgebracht hat, beschränkt sich im wesentlichen auf die Discussion der Frage, was mit den irren Verbrechern geschehen soll, und giebt durchaus keine besonders originellen Beiträge zum Verständniss des inneren Zusammenhangs der beiden grossen socialen Phänomene des Irreseins und des Verbrecherthums. Seit den in Deutschland nur wenig wirksam gewordenen Arbeiten Despine's*) ist für dies Problem bis vor wenigen Jahren auch nichts erhebliches geleistet worden; erst seit dem Erscheinen von Lombroso's grossem Werke über den Verbrecher (L'uomo deliquente. Torino, Fratelli Boca) ist diese Frage der Gegenstand neuer Untersuchungen geworden. Schon seit einigen Jahren mit den Ideen Lombroso's bekannt, habe ich mich in den deutschen psychiatrischen Zeitschriften vergebens nach einer Besprechung derselben umgesehen; er scheint fast unbekannt geblieben zu sein, und in den Discussionen über irre Verbrecher ist sein Name kaum genannt worden; auch Moeli (Ueber irre Verbrecher Berlin 1888) erwähnt ihn nur ganz kurz in einer Fussnote.

Inzwischen ist vor einigen Monaten das Buch in deutscher Uebersetzung aus der Feder B. Fränkels erschienen.**) Das neurologische Centralblatt bringt in einer seiner letzten Nummern eine kurze Besprechung desselben.

Wenn es hier nicht mit einer Recension sein Bewenden findet, sondern das Buch an leitender Stelle erwähnt wird, so geschieht das, weil Lombroso in allen europäischen Ländern mit Ausnahme von England und Deutschland längst Schule gemacht hat, und wir es hier nicht mehr mit einer bloss literarischen Erscheinung, sondern mit einer Zeitströmung zu thun haben, deren Bedeutung weit über die Grenzen der gerichtlichen Psychopathologie hinausreicht. Es sind in dieser Bewegung zwei neue Disciplinen geschaffen worden, die „criminelle Anthropologie", welche die Theorie liefert und das „positive Strafrecht", das diese Theorieen in die forensische Praxis einführen soll. Es sind in Frankreich und Italien — mirabile dictu — gerade Staatsanwälte (Tarde und Garofalo), die das positive Strafrecht cultiviren, wobei übrigens bemerkt werden muss, dass in der deutschen strafrechtlichen Literatur Lombroso's Ideen viel bekannter sind, als in der psychiatrischen. Die criminelle Anthropologie hat in Frankreich und Italien nicht nur zwei Revuen, die sich ihr ausschliesslich widmen, sondern sie hat sogar schon ihren internationalen Congress gehabt (1885).

Ehe hier auf eine Darlegung und den Versuch eine Kritik dieser

*) Psychologie naturelle. Paris 1868. 3 Bde.

**) Hamburg J. F. Richter 1887.

neuen Ideen eingegangen werden kann, sollen ein paar Worte über die Methode Lombroso's gesagt werden.

Wer lange im ärztlichen Dienst einer Anstalt gestanden hat, wird wohl hier und da das Gefühl gehabt haben, als gäbe es neben der Psychiatrie der Anstalt, noch eine andere Psychiatrie, die sich ausserhalb der Anstaltsmauern treiben liesse, und von der man jedesmal eine lebhafte Vorstellung erhält, wenn von verminderter Zurechnungsfähigkeit gesprochen wird, oder wenn der Anstalt ein Zuchthäusler oder Untersuchungsgefangener zur Beobachtung zugeht.

In den Lehrbüchern findet man die classischen Psychosen und die secundären Schwächezustände der Anstaltsbeobachtung wieder und daneben gehen wohl einige Capitel über Degeneration, originären Schwachsinn, moralisches und neurasthenisches Irresein ein Bild von Zuständen, denen nur ein geringes Contingent der Anstaltsinsassen entspricht, und über deren numerische Verhältnisse in der Aussenwelt man im Unklaren bleibt.

Lombroso hat das Material zu seinen Studien nicht in den Irrenanstalten, sondern in den Zuchthäusern und Gefängnissen aufgesucht und studirt; dass seine Studien in das Bereich der Psychiatrie gehören, wird niemand leugnen, der sein Buch aufmerksam liest; aber was er giebt, unterscheidet sich in der auffallendsten Weise von dem, was man bisher unter dem Namen Psychiatrie zu finden gewohnt war. Die „Klinische Psychiatrie“ mit ihrem Streben nach abgerundeten Verlaufsbildern, plastisch herausgearbeiteten Zustandsformen, festen Gruppen psychologischer Erscheinungen zeigt hier nicht die geringste Spur ihrer Existenz; der Typus des geborenen Verbrechers („delinquente-nato“), von Lombroso von vornherein mit dem „fou moral“ für identisch erklärt, erscheint hier nicht im Bilde eines typisch verlaufenden Krankheitsprocesses oder eines psychologischen Zustandes; L. nimmt den ganzen Menschen mit allen der Untersuchung irgend zugänglichen anatomischen, physiologischen und psychologischen Merkmalen, und in glänzender Darstellung sucht er aus dem so gewonnenen massenhaften Material den Typus zu construiren, den er unter 40% aller seiner Untersuchung unmittelbar oder aus der Literatur zugänglichen Verbrecher gefunden hat.

Seine Beweisführung geht also nicht — wie es in Deutschland im concreten Fall der Begutachtung von Verbrechern üblich ist — darauf aus, nachzuweisen, dass sein „delinquente nato“ eins der classischen Krankheitsbilder darbietet; noch weniger streift sie an die Frage der Zurechnungsfähigkeit, sie will vielmehr einen antropologisahen Typus schildern, mit constanten somatischen Merkmalen, zu dem die grosse Mehrheit der Gewohnheitsverbrecher gehört. Dieser Typus erinnert lebhaft an die Racentypen, wie die Ethnologen sie zu entwerfen pflegen, und diese Analogie wird noch stärker, wenn man die kräftigen Argumente auf sich wirken lässt, mit denen Lombroso den Atavismus als die Ursache für die Entstehung des Verbrechertypus nachzuweisen versucht.

Wie oben angedeutet, ist für L. das angeborene Verbrecherthum

identisch mit der Moral insanity, und es ist eben nur ein Zufall, wenn nicht jeder „moralische Idiot“ zum Verbrecher wird. Lombroso kann sich deshalb auch nicht der Schlussfolgerung entziehen, dass es sich bei dem moralischen Irresein ebenfalls um Atavismus, um Reproduction eines prähistorischen menschlichen Typus handelt, und er verwendet grosse Mühe und vielen Geist darauf, die spärlichen Reste des Tertiär-Menschen (Neanderthal-Schädel etc.) mit den osteologischen Befunden an Verbrechern und moralischen Idioten zu identificiren.

Die hier angedeutete Auffassung ist in der mir vorliegenden III. Auflage des italienischen Originals in glänzendster Weise und mit einem Aufgebot fast unübersehbar massenhafter Thatsachen vertreten.

Hat man sich in diese Ideen hineingelebt, so wird das hypothetische in ihnen durch weitere Ausführungen der deutschen Bearbeitung wieder in das hellste Licht gesetzt. Hier ist plötzlich die angeborene Verbrechersnatur nichts weiter, als eine Variante der Epilepsie. Es heisst darüber (p. 521 der Uebersetzung):

„So wie die Moral Insanity mit ihrer höheren Potenz, der angeborenen Criminalität, verschmilzt, zeigt der epileptische Verbrecher in seinen chronisch gewordenen Ausbrüchen acuter oder lavirter Anfälle die höhere Potenz der Moral Insanity; in den weniger ausgesprochenen Perioden laufen sie beide auf eins hinaus. Und da zwei Dinge, die einem dritten gleichen, auch einander gleich sind, so ist unzweifelhaft das angeborene Verbrecherthum und die Moral Insanity nichts weiter als Varianten der Epilepsie. (Griesinger's „epileptoide“ Zustände.)“

Zur Veranschaulichung der epileptoiden Zustände giebt L. nun noch folgende Gruppirung derselben:

1. Grad. Larvirte Epilepsie.
2. „ Chronische Epilepsie.
3. „ Moral Insanity.
4. „ Angeborenes Verbrechen.
5. „ Verbrechen aus Leidenschaft.
6. „ Verbrechen aus Gewohnheit.

Wollte man sich, (unter Wiederholung des darin liegenden groben logischen Fehlers) wie L., auf den geometrischen Grundsatz der Gleichsetzung dreier Dinge berufen, so folgte: Verbrecherthum = praehistorischer Racentypus; Verbrecherthum = Epilepsie, folglich: Epilepsie = praehistorischer Racentypus; d. h. es hat einmal eine praehistorische Race gegeben, (eben die, welche durch Atavismus im Verbrecher wieder auflebt), deren Individuen sämmtlich epileptisch waren. Es ist jedoch nicht nothwendig, mit Hülfe einer logischen Erschleichung den italienischen Forscher ad absurdum zu führen; es genügt, die Merkmale der Verbrechernaturen, die L. zum Zweck der Identificirung, den ähnlichen Merkmalen Epileptischer gegenüberstellt, näher zu betrachten, um die Quelle des Irrthums nachzuweisen. Zu diesem Zwecke müssen die Hauptzüge des L'.schen Typus „delinquente nato“ hier kurz wiedergegeben werden.

In erster Linie stehen unter den Merkmalen des Verbrechertypus nach Lombroso Schädelanomalien; L. schöpft diese Merkmale aus sehr verschiedenen Quellen, zunächst aus der Messung von 383 skelettirten

Verbrecherschädeln dann aus der Untersuchung von 3839 lebenden Verbrechern. Unter diesen Merkmalen finden sich eine grosse Reihe pathologischer Befunde, aus denen sich ein anthropologischer Verbrechertypus nicht construiren lässt, und bei der Untersuchung es fundamentaler Fragen wie der nach der Sehädelcapacität, dem Schädelindex ergiebt sich durchaus kein bestimmtes formulirbares Resultat, als dass die meisten Verbrecher eine geringere Schädelcapacität haben, als normale Individuen, dass sehr grosse und sehr kleine Schädel viel häufiger vorkommen, als in der Norm; im allgemeinen überwiegt Brackykephalie.

Einige der Schädelnormalien reclamirt L. für den Atavismus, und er geht dabei so weit, Schädelcharacter heutiger Naturvölker, wenn sie sich bei einem Verbrecherschädel wiederfinden, als Rückschlagsbildungen aufzufassen; andre findet er bei den Neanderthalschädel wieder, so die enorme Entwicklung der Brauenbogen, die Dicke der Knochen, die Schiefheit des Occiput; die grossen Augenhöhlen, die fliehende Stirn der Engishöhlen-Schädel vergleicht er mit denselben Befunden bei vielen Verbrechern.

Eine tabellarische Zusammenstellung aller Anomalieen von Verbrecherschädeln, die an dem erwähnten grossen Material gefunden sind, wird am besten zeigen, dass sich hieraus kein einheitlicher kephalometrischer Typus gewinnen lässt, und dass die verschiedensten Dinge darin zusammengeworfen werden.

Schädelanomalieen bei Verbrechern	in Procenten.
1. Hervorragen der arcus superciliares und sinus frontales	58,3.
2. Abnorm entwickelte Weisheitszähne	44,6.
3. Pathologische Schädel	43,7.
4. Theilweise oder gänzliche Verschmelzung der Schädelnähte	28,9.
5. Fliehende Stirn	28,0.
6. Osteoporosis	43,4.
7. Plagiocephalie und Asymmetrie	23,1.
8. Wormsche Knochen	22,0.
9. Einfach abnorme Schädel	21,3.
10. Nähte der Stirn sehr einfach	18,4.
11. Hervorragen der Protuberantia occipitalis interna	16,6.
12. Mittlere Hinterhauptsgrube	16,0.
13. Grosser Schädelraum	15,0.
14. Wölbung des Stirnbeins	14,1.
15. Geschweifte Nähte	13,6.
16. Persistirende Stirnnaht	12,7.
17. Osteophyten am Clivus	10,1.
18. Inkabein und Schaltknochen	10,5.
19. Trochocephalie*)	9,0.
20. Niedrige, schmale und platte Stirn	8,6.
21. Verdünnung der Schädelknochen	8,4.
22. Kreisförmiges oder schiefes Foramen magnum	7,3.
23. Asymmetrie und Schiefheit des Gesichts	7,1.

*) d. h. extreme Brachykephalie.

24. Spuren von Traumen	6,6.
25. Anomal entwickelte Hundszähne	6,2.
26. Subscaphocephalie	6,1.
27. Substanzverlust in Folge von Knochenentzündung	5,6.
28. Uebereinandergehobene Schädelknochen	5,5.
29. Osteome des Felsen- und Hinterhauptbeins	4,8.
30. Oxykephalie.	4,5.

Berücksichtigt man nun von diesen 30 Merkmalen nur die, welche bei mehr als 20% der untersuchten Verbrecherschädel vorkamen, so sind die Nummern 3, 6 und 9 des Registers vollkommen nichtssagend, Nro. 2 kann kaum eine besondere Bedeutung beanspruchen, und es bleiben somit noch 5 von den 30 Merkmalen des Verbrecherschädels übrig, von denen nur eins (Nro. 1) häufiger als in 30% vertreten ist. Es ist somit der kraniometrische Typus des Verbrecherschädels ein sehr unbestimmter, und giebt man auch die Bedeutung der selteneren Anomalien sub. Nro. 10—30 zu, so kann man daraus nichts anderes herleiten, als dass man bei jedem Verbrecherschädel auf das Vorkommen eines oder mehrerer Anomalien gefasst sein muss;*) Anomalieen die keinen ausgeprägten Typus bilden, sondern ihren Inhaber als einen Disponirten, oder, um den treffenden Ausdruck Kochs**) zu gebrauchen, als einen Minderwerthigen kennzeichnen.

Characteristischer und bestimmter sind nun die weiteren an fast 4000 lebenden Verbrechern ermittelten Merkmale. Das Gehirn ist kleiner als in der Norm, die Windungen zeigen viele (zum Theil atavistische) Anomalieen; die Körperlänge und die Spannweite der Arme sind absolut und relativ grösser als in der Norm, das Gesicht ist sehr lang, Jochbeine und Kiefern sind breit, der brünette Typus überwiegt, bei meist fehlendem Bart sind die Kopfhaare üppig, fein und kraus; die Ohren sind henkelförmig angesetzt, meist gross und difform. Die Verbrecherphysiognomie, für die L. ein überaus interessantes Material herbeigeschafft hat, findet sich in dieser Ausbildung bei 25% der Gewohnheitsverbrecher, darunter am häufigsten bei Mördern und bei Dieben mit 36 resp. 23%; die Mehrzahl der Verbrecher hat aber — immer nach Lombroso — wenigstens einige dieser Merkmale, und einen absolut ehrlichen mit vollem Verbrechertypus hat L. nur einmal unter 400 unbescholtenen Individuen gefunden.

Zu diesen anthropologischen Merkmalen kommen nun die „biologischen“ und „psychologischen“. Hier sind eine Reihe von Erschei-

*) Lombrosso nimmt an, dass seine Gewährsmänner, nach deren Angaben diese Tabelle im wesentlichen entworfen ist, für manche Anomalien kein Auge gehabt hätten, die er bei seinem Material sehr häufig fand; so fand er Prognathismus bei 69%, Orthognathie bei 36,1%, massiges Volumen des Unterkiefers bei 19,8%, Schiefstellung der Augenhöhlen mit 19,2%. Jedenfalls giebt L. damit selbst zu, dass die Grundlagen für die Feststellung eines kraniometrischen Verbrechertypus sehr unsichêr und auf quantitativ unzureichendes Material gestützt sind.

**) Leitfaden der Psychiatrie. pp. 46, 47.

nungen aufgeführt, die unzweifelhaft dem Verbrecherthum eigenthümlich sind; sie würden, behandelte man den Verbrecher nach den gebräuchlichen Methoden psychiatrischer Untersuchung und mit den dort heimischen Categorien, schwerlich je in dieser erschöpfenden Weise dargestellt worden sein; in dieser unbefangenen Verwerthung ganz neuer Gesichtspuncte liegt vor allem die oben angedeutete methodologische Bedeutung der Untersuchungen L's.

Wo findet sich vor L. in der Literatur über einen Verbrecher eine Erwähnung des Tättowirens? Lombroso widmet diesem merkwürdigen Gebrauche 35 Seiten; unter 5348 Verbrecher fand er 10% der Erwachsenen und 34,5% der Minderjährigen tättowirt. Die Ausdehnung und der bald obscöne, bald grausige Inhalt dieser Zeichnungen giebt nun eine wahrhaft überraschende Analogie mit den Tättowirungen der Naturvölker, und die Annahme, dass gerade hier Atavismus wirksam ist, kann nicht ohne weiteres abgewiesen werden.

Die weiteren Merkmale auf biologischem Gebiet findet L. in der häufigen Analgesie und Hypaesthesie der rechten Körperhälfte, in der grösseren Gesichtsschärfe, besonders des linken Auges, in der Häufigkeit der Farbenblindheit. Auch die Reflexe zeigen Anomalieen, die Sehnenreflexe sind schwach, daneben steht die enorme Häufigkeit von Krampferscheinungen, Chorea, Epilepsie bis herab zu einfachem Lippenzucken. Die grobe Muskelkraft fand sich links weit stärker, und Linkshändigkeit kommt bei Verbrechern 3 bis 4 mal häufiger vor, als bei normalen Individuen; dies Ueberwiegen der linksseitigen Nervenfunctionen bringt L. in Zusammenhang mit der, Asymmetrieen des Gesichts und Schädel entsprechenden, geringeren Entwicklung der linken Hirnhälfte.

Die Stumpfheit des Gemüthsleben in der Verbrecherpsyche bringt L. in Zusammenhang mit der sehr geringen Reflexerregbarkeit der vasomotorischen Centren; bei Dieben fällt die Unfähigkeit zu erröthen, besonders auf.

Die in den weiteren Capiteln folgende psychologische Analyse der Verbrechernatur nimmt den bei weitem grössten Theil des Werks ein. Der Reihe nach werden die Triebe, Neigungen und Leidenschaften auf Grund eines ungeheuren Materials behandelt. Grausamkeit, Rachsucht, Eitelkeit, Prahlsucht, Trunksucht, viehischer Geschlechtstrieb und seine Ausartung in Paederastie und Cannibalismus bei den Gewohnheitsverbrechern werden eingehend geschildert. Im intellectuellen Leben wird eine Fülle von characteristischen Zügen gegeben; die Faulheit, Unbesonnenheit und der Leichtsinn des Verbrechers werden ausführlich dargestellt, wobei sich feine Nüancirungen für die einzelnen Specialitäten ergeben, so der Aberglaube der Diebe gegenüber der Bigotherie der Mörder, deren muntere Bonhommie sich bei Giftmischern als einschmeichelnde Gewandtheit zeigt. In diesen Schilderungen zeigt sich nun die eigenthümliche Erscheinung, dass der angeblich einheitliche psychologische Typus des Verbrechers in eine Reihe recht verschiedener Typen, des Mörders, Diebes, Gauners etc. sich auflöst; was L. in diesen Schilderungen giebt, sind nicht Symptomengruppen, sondern Characterbilder,

und in feinster Kennzeichnung zieht er sehr ausführlich die Verbrechersprache, die Handschrift, Literatur, das Bandenwesen und eine Reihe anderer Erscheinungen der Verbrechernatur zu seiner Schilderung heran, die der üblichen Methode psychiatrischer Untersuchung bisher entgangen sind. In dieser umfassenden Schilderung von Charactertypen, die nichts irgend der Beobachtung zugängliches übergeht, muss man vor allem die methodologische Bedeutung seiner Untersuchungen für die Psychiatrie sehen, und das rechtfertigt einigermaassen die Unterscheidung einer innerhalb und einer ausserhalb der Anstaltsmauern erwachsenen Psychiatrie.

(Schluss folgt.)

II. Referate und Kritiken.

651) **Ch. Debierre** (Lille): Sur les anastomoses du nerf médian et du nerf musculo-cutané au bras et sur l'anastomose du médian avec le cubital à avant-bras. (Die Anastomosen des Nervus medianus mit dem N. musculo-cutaneus am Oberarm und die des N. medianus mit dem N. ulnaris am Vorderarm.) (Le Progrès méd. 1888. 28.)

Die bekannteste Anastomose zwischen Medianus und Musculocutaneus findet sich im unteren Drittel des Oberarmes und geht gewöhnlich vom Letzteren bis zum Ersteren, seltener findet das Gegentheil statt. Gegenbauer fand sie in 41 Fällen 28 Mal. Eine zweite Anastomose hat Hartmann beschrieben, der sie in plexusartiger Form beobachtete. D. fand nun freilich eine ausgebreitete Vereinigung nicht, konnte aber diese zweite Anastomose ebenfalls constatiren; sie verläuft der erstgenannten parallel und die Verbindung war eine sehr innige. Eine dritte seltenere Anastomose, die bei 50 Individuen zweimal vorkam, fand D. dicht an der Austrittsstelle aus dem Musculus coraco brachialis. Der N. musculo-cutaneus nähert sich dem N. medianus und vereinigt sich während einer kurzen Strecke mit diesem völlig, so dass eine leichte Anschwellung durch diese Vereinigung der beiden Nerven entsteht. Es ist diese Form ein Uebergang zu der von mehreren Autoren und auch von D. beobachteten totalen Auflösung des Musculo-cutaneus in den Medianus, in welchem Falle der Stamm des ersteren nach der Vereinigung sich nicht wieder bildet, sondern die einzelnen Hautäste direct aus dem Medianus hervorgingen.

Die Anastomose zwischen N. medianus und N. ulnaris auf der Palmarseite der Hand fehlt nie. Eine zweite Anastomose, die circa einmal auf 4—5 Individuen vorkommt, findet sich im oberen Drittel des Vorderarms, geht am häufigsten in der Ellenbogenbeuge vom Medianus aus, folgt dem Verlaufe der Ulnararterie und senkt sich einige Centimeter unterhalb der Abgangsstelle in den N. ulnaris.

Holtermann (Sachsenberg).

---

652) **J. Baratoux**: De l'audition colorée. Ueber subjective Farbenwahrnehmung beim Hören. (Le Progrès médic. 1887. 50—52.)

Dieses eigenthümliche Phänomen, welches darin besteht, dass bei gewissen Individuen eine Gehörsempfindung zu gleicher Zeit eine Sehempfindung zu Stande bringt, ist zuerst von Verga beschrieben worden. Weitere Beobachtungen sind von Lussana, Nussbäumer und Anderen gemacht worden. Was die Häufigkeit des Phänomens anbetrifft, so fanden Bleuler und Lehmann, dass von 596 daraufhin untersuchten Personen 76 (12,5%) dasselbe darboten; Rodhas fand unter 50 Individuen nur 4, die beim Hören eine Farbenempfindung hatten. Jede acustische Empfindung verräth sich der betreffenden Person durch eine bestimmte Farbe; ein unbestimmtes Geräusch giebt gewissermassen eine unbestimmte Farbe, grau oder braun; je intensiver das Geräusch, um so deutlicher wird die Farbe. Die einzelnen musikalischen Instrumente bringen ebenfalls verschiedene Farben hervor; im Allgemeinen werden bei tieferen Tönen dunklere, bei höheren hellere Farben gesehen. Für die einzelnen Vokale werden von den einzelnen Individuen verschiedene Farben angegeben, doch ist noch hier im Allgemeinen die Höhe oder Tiefe massgebend; so wird u die relativ dunkelste, i und e die hellsten, a und o Farben, die zwischen diesen in der Mitte stehen, hervorrufen. Consonanten, ausgenommen die Zischlaute, lassen nur eine schwache Farbenwahrnehmung auftreten, diese richtet sich meistentheils nach dem die Sylbe bildenden Vocal; die Farbe der Diphtongen bildet sich nach der Farbe der Vocale, welche sie zusammensetzen. Die Worte leiten ihre Farbe von den Buchstaben her, aus denen sie gebildet sind, doch hindert die schnelle Aufeinanderfolge der Worte beim Sprechen, die jedem Vocal zukommende Farbe deutlich wahrzunehmeu, tritt derselbe Vocal jedoch mehrere Male in dem Worte auf, so erhält dieses die Farbe des vorherrschenden Vocals.

Dieses eigenthümliche Phänomen besteht bei den betreffenden Individuen von Jugend auf und erhält sich intact, nur in einem Falle von Rochas wurde es im Alter von 30 Jahren verloren. Es kommt häufiger vor, als es den Anschein hat, und ist vielfach bei Personen derselben Familie zu finden. Was die Localisation der gesehenen Farben anbetrifft, so gab der von Ughetti untersuchte Dr. R. an, dass, sobald ein Laut vor ihm ausgesprochen würde, er dieselbe Empfindung im Gehirn habe, als wenn die betreffende dem Laut entsprechende Farbe genannt würde. In den übrigen Fällen wurde die Perception nach Aussen verlegt, die Betreffenden sahen die jedesmalige Farbenerscheinung deutlich über der sprechenden Person oder über dem musikalischen Instrument, das gespielt wurde. Das Phänomen selbst ist ein physiologisches; es beweist, dass das Farbencentrum nicht nur durch Retinaleindrücke sondern auch durch Reize von anderen Sinnesorganen her in Erregung versetzt werden kann. Wie die Nervenzellen gewisser Centren mit denen anderer mehr oder weniger entfernter durch nervöse Leitung in Verbindung stehen, so ist eine gleiche Ver-

bindung zwischen gewissen Zellen des Hörcentrums und des Farbencentrums sehr wohl denkbar, etwa durch nervöse Irradiation.

Seltener ist das Vorkommen der entgegengesetzten Verhältnisse, dass eine Farben- oder Lichtempfindung zugleich eine Gehörsempfindung hervorruft, doch sind verschiedene derartige Fälle bekannt und beschrieben worden. Interessant ist es, dass der französische Dichter Gautier unter der Wirkung eines Haschischrausches ähnliche Wahrnehmungen hatte. Holtermann (Sachsenberg).

---

653) **O. Bollinger** (München): Ueber plötzlichen Tod aus Angst bei einem Gefangenen. (Münch. medic. Woch. 1888 Nro. 20.)

Im Anschluss an die Mittheilung Jasinski (Referat in der fetzten Nummer) sei hier auf die interessante Beobachtung B.'s hingewiesen; ein 60 jähriger Mann erscheint am Tage der Hauptverhandlung vor dem Schwurgericht plötzlich moribund und starb nach einigen Stunden unter den Erscheinungen der Herzschwäche. Die Section gab absolut keine Aufklärung über die Todesursache, und B. nimmt an, dass das „psychische Trauma" lähmend auf die Herznerven eingewirkt habe.

Auffallend ist in beiden angeführten Mittheilungen das Uebersehen der Untersuchungen Langes und Mossos über die Affecte.

K.

---

654) **Albert E. Kynaston** (Folkingham): Aural reflexes (Ohrreflexe). (The Lancet. 30. Juni 1888.)

Ein junges unverheirathetes Frauenzimmer klagte schon seit längerer Zeit über beständige Nausea und über Erbrechen nach jeder Mahlzeit.

Hierzu gesellte sich noch nach Verlauf von einigen Wochen ein summendes Gefühl im linken Ohr, das, wie die Untersuchung ergab, kleinen daselbst vorhandenen Wachsstückchen seine Entstehung verdankte.

Nach der Entfernung derselben verschwand nicht nur jenes Gefühl, sondern hörten auch die beiden durch diese Fremdkörper ausgelösten Zustände sofort auf. Pauli (Köln).

---

655) **Samuel Wilks** (London): Epilepsy and Migraine. (Epilepsie und Migräne.) (The Lancet. 11. August 1888.)

Wie die Erfahrung lehrt, leistet das Antipyrin gegen Epilepsie nichts, während sich dasselbe in Fällen von Migraine sehr hülfreich erweist.

Beweist dies schon, dass beide Krankheitsprocesse verschiedene sind, so spricht weiter für diese Annahme die Unähnlichkeit der Symptome derselben, insofern die Epilepsie, wenn sie nicht von einem Trauma, Syphilis oder einer anderen Gehirnkrankheit herrührt, Kopfschmerz niemals begleitet.

Dazu kommt, dass dieselbe mehr die niederen Stände, die Migraine dagegen die höheren, besonders wenn sie mit Neurasthenie be-

haftet sind, heimsucht, und dass sich diese, ein krankhafter Zustand des Gangliensystems, im Gegensatze zur Epilepsie durch somatische Symptome: Contraction der Pupillen, Verdauungsstörungen, herabgesetzte Herzthätigkeit, leichte Frostschauern manifestirt.

Pauli (Köln).

---

656) **Kr. Helweg** (Aarhus): Om acute Trofonevrose hos sindssyge, särlig ved den diffue Flegmone. (Diffuse Phlegmonen und andere acute Trophoneurosen bei Geisteskranken.) (Nord. Medic. Arkiv. XX. 1.)

Der Autor hat Gelegenheit gehabt, zu constatiren, dass die diffuse Phlegmone häufiger in den Irren-Anstalten als ausserhalb derselben auftritt und er glaubt daraus den Schluss ziehen zu dürfen, dass vielleicht ein causaler Zusammenhang zwischen dieser Affection und der pathologischen Alteration des Central-Nervensystems der Geisteskranken besteht, oder mit anderen Worten, dass man sie als Trophoneurose bezeichnen kann. Er stützt diese Vermuthung also in erster Linie auf die Häufigkeit der diffusen Phlegmone bei Geisteskranken. Die Liste der körperlich Kranken unter den Irren der Anstalt Aarhus (Jütland) während 5 Jahren weist nach, dass die diffuse Phlegmone 2,4% des Bestandes geliefert hat, eine Zahl, die durchaus nicht beträchtlich genannt werden kann. Hier muss noch hinzugefügt werden, dass die diffuse Phlegmone nur in den ernstesten Fällen von Hirnkrankheit auftritt, wo tiefgehende Alterationen des Centralnervensystems existiren und wo sich deutliche Trophoneurosen zeigen, sowie dass sie sich in der Regel spontan, d. h. ohne äussere Ursachen entwickeln. Helweg gründet nun seine Anschauungsweise auf die pathologische Verwandtschaft der diffusen Phlegmone mit den erwähnten Trophoneurosen. Er zeigt, dass das Oedem und das diffuse Erythem gewissermaassen die Einleitung zur diffusen Phlegmone bilden, dass der acute Decubitus eine diffuse Phlegmone mit der Neigung zum Haut-Gangrän ist, und dass endlich die umgrenzte Phlegmone, Anthrax, Furunkel, Ekthyma etc. untergeordnete Kategorien derselben Affection bilden. H. sucht nun die, nach seiner Ansicht zwischen diesen verschiedenen Affectionen bestehende Verwandtschaft an 7 Fällen, deren Krankheitsgeschichte er giebt, — nachzuweisen, von denen 5 nach der anatomischen Untersuchung des Rückenmarks, verschiedener Partien des peripherischen Nervensystems, der Muskeln etc. zu gleicher Zeit zum Beweise dienen sollen, dass man in vielen Organen tiefe Alterationen antreffen kann, ohne dass die entsprechenden localen Symptome aufgetreten sind. Der Zustand der Kranken im Ganzen genommen zeigt eine allgemeine Degeneration, mit Zerstörung des functionellen Gewebes der Organe.

Bei der Untersuchung des Rückenmarks, die in 5 Fällen stattfand, hat H. speciell auf die Beziehungen der spinalen Affectionen zur Trophoneurose Rücksicht genommen. Man beobachtete in allen Fällen ausser einer leichten, chronischen und diffusen Rückenmarksentzündung die man bei allen Fällen von Geisteskrankheiten als die Regel betrachten kann, in verschiedenen Schnitten des Rückenmarks mehr acute

focale Prozesse mit welchen der Verfasser die acuten Trophoneurosen in Verbindung bringt. Bei einer vergleichenden Untersuchung zeigt es sich, dass es, wie Charcot nachgewiesen hat, die centrale Partie der grauen Substanz ist, die in Beziehungen zur Trophoneurose der Haut steht. Der Autor stellt diesen Umstand so dar, dass hauptsächlich die Clarke'schen Säulen dabei in Betracht gezogen werden müssen, der Sitz der spinalen Affection der Längsachse des Rückenmarks entlang zeigt eine derartige Beziehung zu dem Sitz der Trophoneurose, dass die betr. spinalen Leitungsbahnen im wesentlichen vielleicht denselben Verlauf zeigen, wie die vaso-motorischen Fasern, und dass endlich die erweichende und sclerotisirende Natur der spinalen Affection ohne Bedeutung zu sein scheint, dass dagegen die Trophoneurose um so ernster und heftiger auftritt, je acuter erstere ist.

Die beiden letzten der berichteten Fälle werden näher durchgenommen, weil in ihnen allein die localen Affectionen des Rückenmarks eine transversale Ausdehnung hatten, so dass sie motorische Symptome zeigten, indem die diffuse Phlegmone hier die Consequenz einer acuten Affection des Rückenmarks war, die bei Lebzeiten diagnosticirt wurde. Der letzte Fall ist von ganz speciellem Interesse. Es ist der eines Mannes von 48 Jahren, bei welchem sich eine Poliomyelitis anterior cervicalis subacuta entwickelte. Nachdem sich anfangs nur schwache Symptome gezeigt hatten, konnte man im Lauf von 14 Tagen eine starke Steigerung beobachten, indem Radialis-Paralyse und Parese der entsprechenden Muskelgruppe der beiden oberen Extremitäten auftraten. In 2—3 Tagen entwickelte sich gleichzeitig: rechtsseitige Pneumonie, acuter Darmcatarrh, acute Arthritis des linken Kniegelenks und eine diffuse Phlegmone des Ober- und und Unterschenkels. Die Paralyse verschwand mehr oder weniger im Lauf von einigen Wochen, und zugleich liess der Darmcatarrh nach, die Pneumonie verwandelte sich in eine Verdichtung und die Arthritis nahm den Charakter eines Tumor albus an. Die diffuse Phlegmone setzte ihre Eiterung über ein Jahr fort. _Dann entwickelte sich Brand in den Seitenwänden der Abscesshöhlen des Oberschenkels und dieser hatte eine lethale, arterielle Hämorrhagie zur Folge.

Bei der Section fand man Sclerose der centralen Partie der grauen Substanz im unteren Theil des cervicalen und im oberen Theil des dorsalen Marks, beim Querschnitt erstreckte sich die Sklerose nach vorn bis zu den grauen Vorderhörnern, deren Ganglienzellen stark afficirt waren und nach rückwärts bis zu den Clarke'schen Säulen. Die linke Seite zeigte hauptsächlich pathologische Veränderungen.

Kurella (Ahrweiler).

---

657) **J. P. G. Johansen**: Tilfälde af kronisk Morfinisme, behandlet med Hypnotisme. (Hypnotische Behandlung des Morphinismus.)

(Ugeskrift f. Läger. R. 4 Bd. 16 S. 1.)

Verf. theilt seine eigene Krankheitsgeschichte mit; 9 Jahre hindurch hat er, — mit einigen Unterbrechungen, — Morphium gebraucht, z. Th. in grossen Dosen. In den letzten Jahren hat er den Gedanken

an eine vollständige Entwöhnung aufgegeben und sich damit begnügt, 1—2 Mal im Jahre die Morphiumdosen um ein Beträchtliches zu verringern. Von 100 wurde die Dosis bis auf 6 Cg. reducirt, weiter scheint er jedoch nicht gekommen zu sein.

Der Erfolg des Hypnotismus war der, dass er durch das Anstarren eines blanken Gegenstandes in einen leichten Schlaf verfiel, der ihm den fehlenden natürlichen Schlaf ersetzte, zugleich geht es aus den Ausdrücken des Verfassers hervor, dass das Bewusstsein, den Schlaf nicht ganz entbehren zu brauchen, eine starke, psychisch beruhigende Wirkung auf ihn ausgeübt hat, welche gewiss zu dieser theilweisen Abgewöhnung sehr viel beigetragen hat.

Kurella (Ahrweiler).

---

658) **Albert Friis** (Kopenhagen): Om den i Köbenhavn i Aret 1886 herskende Epidemie of meningitis cerebro-spinalis. (Die Kopenhagener Epidemie von Mening. cerebro-spin. im Jahre 1886.)

(Kopenhagen 1887 Prior. 154 S.)

Die Abhandlung ist wesentlich klinisch und bringt in dieser Hinsicht nichts eigentlich neues. Die Einleitung bildet eine kurze historische Uebersicht über das frühere Auftreten der Krankheit in Dänemark. Im folgenden Kapitel giebt F. eine kurze Uebersicht über den Gang der Epidemie und die statistischen Verhältnisse, hauptsächlich gestützt auf die officiellen Meldungen an den Stadtarzt. Die Krankheit hatte zwei, weit von einander entfernt liegende Herde, im übrigen waren die Fälle verstreut, und bestimmte Regeln für ihre Ausbreitung liessen sich nicht finden, es schien jedoch aus den Daten des Verf. hervorzugehen, dass sie in übervölkerten Quartieren und Wohnungen am stärksten war. Von 185 (60 %) Patienten waren 111 noch nicht 15 Jahr; von 176 Kindern gehörten 106 (60,2 %) dem männlichen Geschlecht an, unter 74 Erwachsenen waren 48 (64,9 %) Männer. Mikroskopisch liessen sich nur bei 2 Fällen im eitrigen Belage der Meningen Cokken nachweisen, und zwar länglich ovale Diplococken, die meist in den Eiterzellen lagen. Der Verfasser behandelt die Frage der Contagiosität der Krankheit; er meint, dass die in der Literatur angeführten Erfahrungen nicht viel beweisen, und seine eignen Erfahrungen gaben für die Contagiosität keinen Anhaltspunkt. Kleine Hausepidemien kommen gewöhnlich (13 Mal) vor, können aber durch die Aufnahme von Miasmen erklärt werden. Die Incubationszeit kann in einem Fall, wo eins der Familienglieder von einer Reise gekommen ist, nicht mehr, als 6 Tage gedauert haben. Verf. giebt ein kurzes Résumé über die allgemeinen Symptome der Krankheit und eine tabellarische Uebersicht über 114 Krankheitsfälle mit kurzen Erklärungen der wichtigsten Symptome und Complicationen, zugleich mit den Hauptzügen der Behandlung und — im Todesfalle — dem Sectionsresultat.

Im folgenden Kapitel geht dann der Verf. die einzelnen Symptome im Detail durch. Unter diesen wie das sog. Kerni'sche Phänomen ganz ausführlich behandelt; in 53 Fällen von 60 —

ist es gefunden worden. Am häufigsten wurde es am 2. Krankheitstage beobachtet. Eine schwächere, analoge Contractur der Armmuskeln fand man in 3 Fällen. Von hauptsächlichem Interesse war die Untersuchung der Augen, die in ziemlich zahlreichen Fällen (die Tabelle erstreckt sich über 21) von sachverständiger Seite gemacht worden ist. In ziemlich vielen Fällen, (17 von 58) fand man neuritis optica, und der Verf. meint, dass sie für die Prognose der Hirnkrankheit keine absolute Bedeutung habe, obgleich die meisten Fälle, in denen neuritis optica beobachtet wurde, einen tödtlichen Ausgang nahmen.

Die Sterblichkeit war ziemlich stark: 83 von 170 (48,9%). Als gutes prognostisches Zeichen nennt F. ein schnelles und starkes Sinken der Temperatur auf das Normale, als schlechtes Zeichen: beschleunigten Puls in den Anfangsstadien der Krankheit. Die Behandlung der Krankheit war hauptsächlich symptomatisch; Morphium, Eisblase und Eisschlauch. Von Medicamenten wurde hauptsächlich Jodkalium und Salicyl angewendet. Der Verf. möchte kein bestimmtes Urtheil darüber fällen, ob eins von diesen Medicamenten von Nutzen war, er nennt jedoch die Resultate der Salicylbehandlung ermuthigender als die der Jodkaliumbehandlung. Kurella (Ahrweiler).

---

659) **Weber:** Nevralgier och epileptiska anfall vid benbildning i tandpulpan. (Dentinoide der Zahnpulpa als Ursache epileptischer Anfälle.) (Finska läkaresälsk. handl. Bd. 28. S. 458.)

Der Verf. hat im Lauf von 5 Jahren einer 39 Jahre alten Frau, die an Krampfanfällen und Zahnneuralgie litt, nach und nach ungef. 20 Zähne ausgezogen. Nach jeder Extraction hörten die neuralgischen Schmerzen für eine Zeit lang auf, um sich bald wieder einzufinden. Nachdem alle Zähne extrahirt waren hörten sie ganz auf. Bei der Untersuchung fand man Dentinoide der Zahnhöhlen.

Kurella (Ahrweiler).

---

660) **Saltzmann:** Tänjning af nerv. facialis för ansigtskramp. (Dehnung bei Facialiskrampf.) (Finska läkaresälsk. handl. Bd. 28. S. 438.)

Die Krankheit datirt seit ungefähr 10 Jahren; eine vorhergehende Behandlung war ohne Erfolg geblieben. Druck auf den Proc. styloideus, Gähnen und Niesen, rief einen Krampf in den von den nervi buccales, marginalis mandibulae und subcutaneus colli superior innervirten Muskeln hervor. Seit der Dehnung des Nervenstammes (ungef. 1 cm. lang.) hörten die Anfälle auf und hatten sich seitdem nicht wiederholt. Kurella (Ahrweiler).

---

661) **Demange** (Nancy): Ataxie symptomatique ou hémiataxie bilatérale par lésions symétriques du cerveau. (Revue de médecine 2. 1888.)

B. F., 78 Jahre alt, früher stets gesund, bekam vor einem Jahre einen leichten Schwindelanfall, infolge dessen er zur Erde fiel, ohne aber das Bewusstsein zu verlieren, doch konnte er damals nicht mehr allein aufstehen; 2 Tage vor der Aufnahme ins Hospital hatte er 2

gleiche Anfälle, worauf er nicht mehr gehen konnte. Seit mehreren Jahren hatte er Schmerzen im Gebiete des linken ischiadicus und cruralis. Bei der Untersuchung zeigte sich eine ausgesprochene Ataxie der unteren Extremitäten bei erhaltener motorischer Kraft. Kniephänomen beiderseits aufgehoben, kein Fussphänomen. Der Kranke kann nur gehen, wenn er beiderseits gestützt wird; dann schleudert er die Beine weit nach vorn, besonders das linke, welches schwächer als das rechte ist. Stehen kann Pat. nicht. Die Sensibilität der planta pedis ist vermindert, Plantarreflex kaum zu erzielen; sonst Sensibilität der Beine normal. Geringe Ataxie der oberen Extremitäten, keine Sensibilitätsstörung. Keine Störung im Gebiet der Cerebralnerven. Intelligenz intakt.

Der Kranke wird von Tag zu Tag schwächer, die motorische Kraft aller Extremitäten nimmt ab. Pat. wird unrein, er kann nicht mehr allein essen, die Intelligenz schwindet mehr und mehr, keine Contractur erscheint, die Sehnenreflexe fehlen constant; decubitus sacralis; Tod 2 Monate nach dem letzten Anfalle.

Bei der Autopsie findet man mehrere Erweichungsherde und zwar einen im rechten Nucleus lentiformis, zwei im linken und einen im linken nucleus caudatus; die innere Kapsel intakt, sonst keine Veränderung im Centralnervensystem, speciell keine absteigende Degeneration.

Die Differentialdiagnose gegenüber tabes dorsualis gründet sich in solchen Fällen auf die zu verschiedenen Seiten in den beiden Körperhälften eintretende Ataxie; die Muskelschwäche ist stärker wie bei Tabes und oft beiderseits ungleich; Dunkel oder Augenschluss haben auf die Ataxie keinen Einfluss; es fehlen die Anaesthesien, die reissenden Schmerzen, die Visceralkrisen der Tabes, dagegen ist unter Umständen eine Hemianästhesie vorhanden.

Strauscheid (Bendorf).

662) **A. Boccolari** und **G. Manzieri** (Modena): Nuove esperienze di catoforesi elettrica con applicazioni terapeutiche.

(Rivista clinica. Archivio ital. di clinica medica 1888.)

Die Verf. veröffentlichen eine Reihe von Experimenten über die kataphoretische Wirkung des constanten Stromes, die sie hauptsächlich an Kaninchen machten. Strychnin, Atropin, Jodkali Chinin wurden bei mittelstarken Strömen (4—6 M. A.) rasch resorbirt, was theils durch die Intoxikationserscheinungen, theils durch die Harnuntersuchung nachgewiesen wurde. Ebenso konnten Verf. Methylviolett, das in Lösung auf die Bauchhaut applicirt worden war, selbst in den tieferen Gewebsschichten sowohl bei der makro- wie mikroscopischen Untersuchung leicht nachweisen. Endlich gelang es den Verf. bei 3 Kindern, von denen das erste an Herpes tonsurans, die beiden anderen an Favus der behaarten Kopfhaut litten, vollständige Heilung oder, da die letzteren 2 sich der Behandlung entzogen, bedeutende Besserung durch einfache kataphoretische Application einer 1% Sublimatlösung auf die erkrankten Partien zu erzielen. Die Verf. verwandten hierbei eine der von Adamkiewicz beschriebenen ähnliche Diffusionselectrode.

Strauscheid (Bendorf).

663) **Guiseppe Musso** (Torino): Sopra alcune alterazione delle cellule nervose spinali. (Riv. clin.; Archivio it. di clin. medica 1888.)

Verf. studirte in 5 Fällen von Rückenmarkserkrankungen die Veränderungen der Ganglienzellen und zwar sowohl im frischen Zustande wie nach Härtung in Müller'scher Flüssigkeit und Alkohol. Zunächst fand er ein Eindringen von Leukocyten in das Protoplasma der Ganglienzellen; ferner beobachtete er die Bildung eines lichten Raumes zwischen dem normalen Zellkern und dem Zellprotoplasma, eine Erscheinung von der er allerdings nicht mit Bestimmtheit sagen zu können glaubt, ob sie pathologischer Natur oder Kunstprodust sei. Dagegen glaubt er im Gegensatz zu Schultz das Vorhandensein von Vacuolen im Protoplasma in einer Anzahl von Fällen als etwas entschieden Pathologisches hinstellen zu müssen, zumal wenn die Zellen auch sonst evident path. Veränderungen erkennen lassen. Mehrmals beobachtete M. ein Verschwinden des nucleolus, was besonders gut bei Anwendung von Osmiumsäure nachzuweisen ist, durch die er intensiv gefärbt wird. Sowohl in normalen als in patholog. Zellen fand er oft 3—5 nucleoli die keinerlei Färbung annehmen. Wohl zu unterscheiden ist hiervon eine Zerstückelung der nucleolus in einzelne Fragmente, die bei Osmiumsäurebehandlung die tiefe Färbung zeigen, wie sie dem Kern zukommt. In vielen Zellen von fast normalem Aussehen zeigte der Kern einen fein ausgezackten Rand, ohne dass sich sonstige Veränderungen fanden; geht die Zerfranzung des Kernrandes weiter, so vermischt sich das Kernkörperchen mit dem Kern. Es ist dies nach der Meinung des Verf. der erste Schritt zur einfachen Zellatrophie, indem sich die Veränderung nun allmählig auf die anderen Zellelemente nämlich auf die Zellfortsätze und das Protoplasma verpflanzt, bis schliesslich die ganze Zelle geschrumpft ist. Strauscheid (Bendorf).

---

664) **Gaetano Manzieri** (Modena): Sopra un caso singolare di febbre intermittente di probabile natura isterica consecutiva a pneumonide migrante. (Riv. clin.; Archivio ital. di clin. med. 1888.)

Frl. N., 22 Jahre alt, erkrankte im Jahre 1883 an Malaria (Tertiana), welche nach einmonatlicher Behandlung geheilt wurde. Im Frühjahr 1887 erkrankte sie an Pneumonia migrans, welche erst nach 2 Monaten ganz verschwunden war. Während nun die Aerzte die Erwartung hegten, dass Pat. in die Reconvalescenz eingetreten sei, stellen sich plötzlich wieder Fieberanfälle ein, die mit einem Constrictionsgefühl an der Kehle, Kopfschmerz, Brechneigung, frequentem Puls etc anfingen und durchschnittlich drei Tage lang eine Temperaturhöhe von 39—40° zeigten. Zwischen den einzelnen Fieberanfällen war ein Stadium der Apyrexie von ca. 10 Tagen. Diese sonderbaren Temperatursteigerungen hielten in der beschriebenen Weise mehrere Monate an, um dann allmählich zu verschwinden. Da jede Erkrankung der Brustorgane mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, und ebenso an Malaria wegen Fehlen des Milztumors, wegen des sonderbaren, beim Sumpffieber nie beobachteten Fiebertypus und weil Pat. seit 1883

in durchaus gesunder Gegend gewohnt hatte, nicht zu denken war, so schliesst Verf. auf ein hysterisches Fieber, wie solches seit den Publicationen von Debove, Briand, Whide, Bordoni etc. näher bekannt geworden und gerade öfters als Febris intermittens hysterica beschrieben worden ist. Von anderweitigen hysterichen Symptomen zeigte Pat. ausser den oben im Beginne des Anfalls erwähnten, nur eine allgemeine cutane Hyperästhesie, welche auf der rechten Seite mehr ausgesprochen war wie links. Verf. glaubt, dass bei Individuen mit latenter hysterischer Diathese in ähnlicher Weise, wie ein Trauma eine Lähmung in dem respectiven Nervengebiete hervorrufen könne, so eine Pneumonie oder ähnliche fieberhafte Erkrankung ein hysterisches Fieber hervorzurufen im Stande sei. Strauscheid (Bendorf).

---

665) **Odorico Moretti** (Roma): Del paramioclono molteplice (calinocorea). (Riv. clin.; Archivio ital. di clin. med. 1888.)

I. Frl. C., 15 Jahre alt, erblich nicht belastet erkrankte im 7. Lebensjahre nach einem heftigen Schrecke an Zuckungen der unteren Extremitäten. Bald stellten sich auch klonische Zuckungen der Arme, der Rumpf-, Hals- und Gesichtsmuskulatur ein. Auch die Zunge und Rachenmuskulatur nehmen an den Zuckungen Theil. Der Puls ist klein frequent, unregelmässig, intermittirend, von 70 Schlägen bis zu bedeutend höherer Zahl variirend; es besteht eine deutliche Beziehung zwischen der Unregelmässigkeit des Pulses resp. Herzschlages und den übrigen Muskelzuckungen. In ähnlicher Weise ist auch die Respiration unregelmässig. Die Zuckungen nehmen zu während der Ruhe, beim Einschlafen, hören auf im Schlafe, bei intendirten Bewegungen. Der Druck auf die Cervikalwirbel ist schmerzhaft, sonst keine sensible Störungen. Die Reflexe sind erhöht; es besteht leichte Salivation.

II. Herr S., 54 Jahre, erblich nicht belastet, erkrankte angeblich infolge von Aufregungen und Erkältungen plötzlich an tonisch clonischen Zuckungen des einen Armes, die sich bald auf alle 4 Extremitäten wie auf den Hals ausdehnten. Die Zuckungen wurden während der Ruhe und beim Einschlafen stärker, hörten auf während des Schlafes, bestanden während der Arbeit in geringerem Massstabe fort. Die Sensibilität ist hochgradig herabgesetzt, theilweise fast verloren, desgleichen Geruch und Geschmack. Der Patellarreflex ist erhöht, die Hautreflexe vermindert.

Während im ersten Falle eine Besserung eintrat, blieb im zweiten Falle alles unverändert.

Verf. entwirft nun nach 21 aus der Literatur gesammelten Fällen ein Bild der Krankheit, die er Calinochorea genannt wissen will (von *Καλινόω* zügeln, bezähmen), weil das wichtigste Symptom derselben die Herrschaft des Willens über die Contractionen und die Hemmung derselben während der Dauer von coordinirten Bewegungen sei. Unter den Ursachen scheinen Aufregungen, Schreck, Erkältungen (?) die Hauptrolle zu spielen, während die Heredität nicht besonders hervortritt. Verf. glaubt dass die Krankheit auf Störungen in den grauen Vorderhörnern des Rückenmarkes, in medulla oblongata und sympathicus

zurückzuführen sei wegen Betheiligung der spinalen, cerebralen Nerven, des Circulations- und Respirationscentrums und wegen der zuweilen beobachteten vasomotorischen Störungen.

Die Zuckungen beginnen in der Regel in den Extremitäten spec. den unteren und verbreiten sich von da nach oben; sie sind bald nur klonisch, bald tonisch-klonisch. Meist sind beide Körperhälften betheiligt, wenn auch in verschiedenem Maasse; in einem Falle wurden nur einseitige Zuckungen beobachtet. Alle Muskeln können an den Zuckungen theilnehmen, selbst die des vegetativen Lebens. Kälte, periphere Reize, horinzontale Lage riefen ausser in 2 Fällen stets Verstärkung der Zuckungen hervor. In vielen Fällen gingen den Contractionen Schmerzen und andere Sensibilitätsstörungen voraus; in einem (siehe oben II.) waren die Beine anästhetisch, die übrigen Körpertheile stark hyperästhetisch. Die Zuckungen sind von sehr verschiedener Stärke, besonders stark in den oberen Extremitäten; während des Schlafes cessiren sie meist. Die Reflexe sind oft gesteigert. Das Muskelvolumen ist normal, ebenso die elektrische Erregbarkeit. Durchgehends vermag der Wille die Zuckungen zu hemmen und verschwinden letztere oder werden geringer bei coordinirten Bewegungen. Die Krankheit entwickelt sich besonders häufig im reiferen Alter, hat einen langwierigen Verlauf, ist aber in einzelnen Fällen wohl heilbar.

Strauscheid (Bendorf).

666) **Haltenhoff** (Genf): Faits pour servir à l'histoire du Vertige paralysant (maladie de Gerlier). (Zur Geschichte der Gerlier'schen Krankheit). (Le Progrès médical, 1887. 26.)

Die ersten Fälle dieser Erkrankung beobachtete H. in den Jahren 1874—1875; er war überrascht über den eigenthümlichen Symptomencomplex, den er nicht unterzubringen wusste, erst die Veröffentlichungen Gerlier's brachten ihm mit der Erinnerung an diese Fälle die Erkenntniss, dass es sich um die gleiche Affection handle. Die Kranken H's. waren ebenfalls ländliche Arbeiter, die in den Viehställen schliefen, auch sie consultirten ihn wegen Sehstörungen, die in einer Herabsetzung der Sehschärfe bestand; es sind im Ganzen neun Beobachtungen die H. kurz skizzirt. Neben diesen Sehstörungen, waren die übrigen Symptome ausgeprägt, unregelmässige Anfälle von Verdunkelung des Gesichtsfeldes, mit Schwindel und Lähmung der Nacken- und Extremitätenmuskeln, ausstrahlenden Schmerzen im Nacken, Herabsinken der oberen Augenlider, die zu öffnen unmöglich war. Das Bewusstsein war während der Anfälle erhalten, doch konnten die Kranken sich nicht beugen, noch einen Gegenstand ergreifen und fielen häufig hin. In der Zwischenzeit bestanden vielfach Kopfschmerzen, immer aber starkes Ermüdungsgefühl, ferner Ptosis in verschiedenem Grade.

Was die Entstehung der Erkrankung anbetrifft, so schliesst sich H. der Ansicht Gerlier's an, dass es sich wahrscheinlich um die Einwirkung eines Miasma handle, das sich in den schlecht ventilirten das ganze Jahr hindurch benutzten Viehställen bilde; denn in andern

Distrikten, wo die Arbeiter nicht in den Viehställen schlafen, ist die Krankheit bei sonst gleichen hygienischen Bedingungen unbekannt.

Holtermann (Sachsenberg).

---

667) **P. Marie:** La maladie de Thomsen. (Die Thomsen'sche Krankheit.) (Extrait dn distionnaire encyclopédique des sciences médicales.) (Paris. 1886.)

Der erste Fall dieser immerhin seltenen Erkrankung ist von Thomsen beschrieben worden, dem weitere Publicationen von Erb, Seligmüller, Westphal etc. folgten; in Frankreich sind bis jetzt wenige Fälle bekannt und beschrieben worden, von Ballet und Marie, Vigouroux, Pitres und Dallidet, der von Deligny gehört nicht hierher. Genauere Untersuchungen über das Wesen der Erkrankung, ihre Symptome, sowie die Pathologie sind von Erb angestellt worden, dessen Ausführungen Verf. zum Theil folgt.

Das Cardinalsymptom der Erkrankung besteht in einer spastischen Rigidität der Muskelgruppe, die gerade in Action versetzt werden soll. Diese Rigidität ist jedoch nur im Beginne der Bewegung vorhanden, sie dauert einige Secunden, löst sich dann, um eventuell nach einiger Ruhe wiederzukehren. Sämmtliche willkürlichen Muskeln oder nur einzelne Muskelgruppen können sich an dieser Starre betheiligen; mit Vorliebe localisirt sie sich aber in den Muskeln der unteren Extremitäten, doch waren in einem Falle auch die Muskeln des Stammes in Mitleidenschaft gezogen; häufiger ist bei den Gesichts- und Augenmuskeln der Fall. Zuweilen ist diese Starre auch an den Zungenmuskeln nachweisbar und äussert sich dann beim Kauen oder Sprechen; von einzelnen Kranken wurde ein Gefühl von Zusammenschnüren beim Schlucken empfunden, das vielleicht auf ähnlichen Zuständen in den Muskeln des Isthmus und Pharynx beruhen mag. Die organischen Muskeln scheinen völlig frei zu bleiben; die von Fischer beobachteten Erscheinungen hinsichtlich Anomalien des Pulses und vasomotorischer Störungen haben wahrscheinlich mit Th. Kr. Nichts zu thun. Bei passiven Bewegungen tritt eine Starre grösstentheils nicht auf, obgleich sie auch hier in einzelnen Fällen beobachtet wurde. Psychische Erregungen sind von grossem Einfluss auf das Zustandekommen der Symptome; Schreck, Furcht, das Gefühl der Kranken, beobachtet zu werden. Kälteeindrücke, das Incubitionsstadium acuter Krankheiten und in einem Falle (Ballet) die Enthaltung vom Coitus vermehren die Neigung zur Rigidität, während völlige körperliche und geistige Ruhe (so auch der Schlaf), in einigen Fällen der Genuss von Alkoholicis und eines guten Diners sie verminderten.

Ueber die physiologischen Vorgänge in den betreffenden Muskeln sind wir nicht unterrichtet, doch ist nach graphischen Darstellungen von Pitres und Dallidet festgestellt, dass das Haupthinderniss für die Bewegung nicht sowohl in der Schwierigkeit der ersten Contraction, sondern vielmehr der ersten Decontraction der Muskeln beruht.

Hypertrophie der Muskeln findet sich in einer grossen Zahl der Fälle; sie kann sämmtliche Muskeln ergreifen. Die Consistenz derselben erscheint verändert, hart wie Holz, wie bossirt, doch ist die

Kraft nicht vermehrt, sondern vielmehr herabgesetzt. Eine Lordose, wie sie bei Pseudohypertrophie auftritt, wurde einige Male, wenn auch selten beobachtet. Ferner war zuweilen im Beginne der Bewegung ein Krachen in den Gelenken hörbar, das sich im weiteren Verlaufe verlor. Eine gewisse Muskelunruhe, bestehend in Contractionen der Muskeln konnte Erb nachweisen.

Die mechanische Erregbarkeit der Nerven ist unverändert, die der Muskeln vermehrt; schon leichte Schläge mit dem Percussionshammer bringen Contractionen zu Stande, die Neigung zeigen zu persistiren.

In Bezug auf das electrische Verhalten der Nerven und Muskeln sind die Untersuchungen von Erb massgebend, der die eigenthümlichen rythmisch undulatorischen Contractionen der letzteren unter der Reizung mit dem constanten Strom als myotonische Reaction beschrieben hat.

Störungen der Sensibilität bestehen nicht; Engel will Störungen des Muskelsinns und Verlangsamung der Leitung bemerkt haben, doch ist es zweifelhaft, ob es in seinem Falle sich um wirkliche Th. Kr. handelte. Wichtig ist übrigens, dass während der Muskelstarre nie Schmerzen auftreten, wodurch sich dieser Zustand von den durch Muskelkrämpfe bedingten unterscheidet.

Die Hautreflexe sind normal, die Sehnenreflexe sind vermindert, oft bis zu einem Grade, dass sie kaum noch wahrnehmbar sind. Zuweilen, wenn auch selten, können sie verstärkt sein. (Vigouroux.)

Gewisse psychische Symptome finden sich bei sämmtlichen Kranken; gemeinsam ist ihnen eine Neigung zur Hypochondrie, sowie die Sorge, ihren Zustand zu verheimlichen. Auch gemüthliche Reizbarkeit fand sich bei einzelnen, andere litten an heftiger Migräne. Der Kranke von Ballet hatte ein schlechtes Gedächtniss und war sehr reizbar, der von Vigouroux hatte einen stark entwickelten und dominirenden Geschlechtstrieb.

Die pathologisch-anatomischen Verhältnisse der betreffenden Muskeln hat Erb genügend erörtert, dessen Untersuchungen angeführt werden. M. bestätigt das Ergebniss derselben: Hypertrophie der Fasern, mit Vermehrung der Kerne und des interstitiellen Bindegewebes.

Die Diagnose der Erkrankung kann im ersten Augenblick schwierig werden, da verschiedene andere Erkrankungen ähnliche Erscheinungen darbieten können, so die pseudohypertrophische Muskellähmung. M. sah selber einen solchen Fall, in dem es sich bei näherer Untersuchung um letztgenannte Erkrankung handelte. Die Permanenz der Symptome, die Lähmungserscheinungen, in schwierigen Fällen die electrische Untersuchung werden die Diagnose klar stellen; ebenso wird die spastische Spinalparalyse bei einigermassen genauer Untersuchung leicht von Th. Kr. zu trennen sein. Grössere Schwierigkeiten könnte die Differenzialdiagnose zwischen Th. Kr. und der ischämischen Lähmung, (der intermittirenden Paraplegie Charcot's) darbieten, doch treten bei letztgenannter Erkrankung die Störungen in den Muskeln der unteren Extremitäten nicht im Beginne der Muskelaction sondern vielmehr erst einige Zeit nach demselben auf und sind ausser-

dem mit sehr schmerzhaften Crampi und Störungen der Circulation verbunden.

In Fällen von Neurasthenie, die mit ähnlichen Symptomen einhergehen sollten, wird das Gesammtkrankheitsbild entscheiden. Schwieriger gestaltet sich die Entscheidung bei Hysterie, wenn bei stark ausgebildeter Neigung zur Contractur sich ähnliche spastische Phaenomene zeigen. (Fall von Déligny); das Vorhandensein weiterer hysterischer Stigmata, der Nachweis der Diathèse de contracture, etwaige hysterische Krisen sind dann zur Beurtheilung heranzuziehen.

Vor der Annahme von Simulation in Fällen von Thomsen-'scher Krankheit, wie es leicht geschehen kann und im Militärdienst schon geschehen ist (Eulenburg und Melchert), ist zu warnen, denn eine wirkliche Simulation ist kaum anzunehmen, da die Krankheit zu wenig im Publikum bekannt ist, ferner ergiebt in verdächtigen Fällen die electrische Untersuchung ganz positive Resultate, die mit Sicherheit die Frkrankung erkennen lassen.

Die Aetiologie der Erkrankung ist dunkel. Erblichkeit spielt eine grosse Rolle, die Familie Thomsen's selbst kann in dieser Hinsicht als Muster gelten, auch die Familie, in der Bernhardt seine Fälle beobachtete, lässt in dieser Beziehung ähnliche Verhältnisse erkennen. Eigenthümlich ist, dass die männlichen Mitglieder einer Familie mehr betroffen werden als die weiblichen; ausserdem kommen in den Familien vielfach noch andere nervöse Krankheiten vor, Taubstummheit, Convulsionen, Migräne, pavor nocturnus. Zu Tage tritt die Erkrankung im späteren Kindesalter oder in der Pubertät, doch weist eine gewisse Ungeschicklichkeit bei gymnastischen Uebungen, die schon früh bemerkbar ist, darauf hin, dass die Erkrankung bei den betreffenden Individuen schon von früher Kindheit an sich entwickelt und allmählich bis zu einem bestimmten Grade fortschreitet. Der Verlauf ist, wie schon erwähnt, bis zu einem gewissen Grade progressiv, dann bleiben die Erscheinungen stationär, selten lässt sich später ein weiteres Fortschreiten constatiren.

Was die Natur der Erkrankung anbetrifft, so schliesst sich M. der Ansicht derer an, welche die Thomsen'sche Krankheit für eine Erkrankung der Muskeln ohne Betheiligung des Centralnervensystems halten.

Ueber die pathologische Physiologie der betreffenden Muskeln ist wenig bekannt, ein gewisses Interesse haben die Untersuchungen von Ringer und Salisbury.

Eine Behandlungsmethode, die zur Heilung führte, ist bis jetzt nicht bekannt. Massage und methodische Gymnastik dürften eventuell noch die besten Erfolge erzielen. Ein genaues Verzeichniss sämmtlicher bis dahin über die Thomsen'sche Krankheit erschienen Schriften, ist der Abhandlung beigefügt. Holtermann (Sachsenberg).

668) **Radziszewki** (Ciechanowiec): Une observation de gangrène spontanée symétrique des doigts de la main. (Ein Fall von spontaner symmetrischer Gangrän der Finger.) (Le Progrès médical 1888. 29.)

Der Fall betrifft einen 57 jährigen Mann, starker Schnapstrinker, bei dem ein Emphysema pulmonum und Sclerose der peripheren Arterien bestand und in dessen Urin sich geringe Mengen Albumen und bedeutende Quantitäten Zucker fanden. Dem Auftreten der trockenen symmetrischen Gangrän an den 4 letzten Fingern jeder Hand, — die Daumen blieben verschont, — waren einige Monate lang heftige bohrende Schmerzen in den Händen vorangegangen. Die Gangrän erstreckte sich auf die dritten Phalangen, die Epidermis war intact, nur an einer Stelle fand sich eine oberflächliche mit sanguinolenter Flüssigkeit gefüllte Blase; Einschnitte waren nicht schmerzhaft und entleerten bei Druck geringe Mengen sanguinolenter Flüssigkeit. Weder in dieser noch im Blute liessen sich mit den üblichen Färbungsmethoden Bacillen nachweisen; mit den Flüssigkeiten imprägnirte Nährgelatine blieb steril, Inoculationen bei einem Lapin sowie einem Meerschweinchen hatten weder locale noch allgemeine Symptome im Gefolge.

R. ist der Meinung, dass in diesem Falle weniger Schwäche der Herzaction oder der Diabetes als Urheber der Gangrän anzusehen sind, sondern dass es sich vielmehr um eine Trophoneurose handle, deren Beginn sich durch die der Gangrän vorausgehenden Schmerzen ankündigte. Holtermann (Sachsenberg).

---

669) **E. Rotherat:** Neuralgie vesicale. (Neuralgie der Blase.) Leçon recueillie. (Le Progrès médic. 1887. 27.)

Eine Krankenvorstellung in seiner Klinik gab Guyon Gelegenheit über Neuralgie der Blase zu sprechen, dieser Zustand findet sich hauptsächlich bei neuropathischen Individuen, doch ist er merkwürdiger Weise beim weiblichen Geschlechte, bei dem so häufig Hysterie auftritt, selten, beim männlichen Geschlechte kommt er dagegen relativ häufig vor und zwar nicht nur bei den erblich belasteten Neuropathen sondern auch bei solchen, die eine leichte Affection in der Nachbarschaft der Blase z. B. Varicocele haben und bei denen die Blasenneuralgie nur auftritt, weil die Leute eben nervös sind; ferner findet sie sich bei Hypochondern. Zuweilen kann die Neuralgie der Blase auch bei Rückenmarkserkrankungen vorkommen, so bei Tabes, doch wird ihr Auftreten nicht leicht die Diagnose auf eine solche stellen lassen, da dieses zu einer Zeit erfolgt, wo andere Symptome überhaupt noch nicht vorhanden sind. In allen diesen Fällen von Neuralgie der Blase, mag sie nun bei Neuropathen oder Rückenmarkskranken vorkommen, verursachen pathologische Zustände der Blase oder der Urethra, die gewöhnlich nur in ganz geringem Grade schmerzhaft sind z. B. leichte Urethritis, eine bedeutende Steigerung der Schmerzen, der Urin ist bei Neuralgie der Blase nicht verändert, der Catheterismus sowie Untersuchung der Blase nicht schmerzhaft, wodurch sie sich von den wahren Cystitiden unterscheidet. Der Catheterismus ist empfindlich

und zuweilen behindert in der Pars membranacea, doch beruht dies nicht auf einem Krampf des Blasenhalses wie vielfach angenommen wird, sondern auf einer Zusammenziehung der Pars membranacea selber. Die Prognose ist günstig, doch ist die der hereditär Belasteten etwas schwerer. Die Behandlung wird sich, sobald Krankheitszustände in der Nachbarschaft der Blase sich finden, diese zu berücksichtigen haben, soweit sie auf die Entstehung der Neuralgie von Einfluss sind. Im Uebrigen wird dieselbe mehr eine allgemeine dem Gesammtzustand des Kranken entsprechende sein müssen, wie sie auch bei sonstigen nervösen Zuständen geübt wird. Zu warnen ist vor der falschen Annahme einer Strictur in der Pars membranacea bei behindertem Durchgange des Catheters und vor forcirter Dilatation derselben, die eine Steigerung der Symptome im Gefolge hat; dagegen ist das einfache Einlegen von Bougies oft schon von grossem Nutzen.

Holtermann (Sachsenberg).

III. Aus den Vereinen.

I. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 5., 12., 19., 26. Mai, und 7., 16., 30. Juni 1888. (Le Progrès médical 1888. 19. 20. 21. 22. 25. 27. 28.)

670) **Paul Loye** hat Untersuchungen über die Decapitation angestellt, aus denen hervorgeht, dass der bekannte „Noeud vital“ in Wahrheit nicht existirt oder dass mindestens sein Sitz sehr verschieden ist je nach der Thierspecies. Der enthauptete Mensch stirbt durch Asphyxie; der Hund jedoch durch Inhibition unter Convulsionen. Um ähnliche Erscheinungen zu Wege zu bringen, wie sie beim Menschen nach Durchschneidung des Halsmarkes auftreten muss die Enthauptung beim Hunde an einem Punkte des verlängerten Markes bewerkstelligt werden, der seiner Höhe nach den Sitz des Noeud vital beim Menschen entsprechen würde. Dastre ist bei seinen Versuchen zu gleichem Resultate gekommen; der Noeud vital ist nur ein Centrum der Inhibition, aber nicht das der Respirationsbewegungen.

Laborde widerspricht diesen Ausführungen auf Grund seiner eigenen Experimente, die mit denen von Flourens übereinstimmen und die Existenz des Noeud vital aufrecht erhalten.

Holtermann (Sachsenberg).

II. Société de Chirurgie zu Paris.

Sitzung vom 20. Mai 1888. (Le Progrès médieal 1888. Nro. 25.)

671) **Lucas-Championnière** theilt das Resultat von 20 Trepanationen mit. 5 derselben sind wegen Verletzungen, 15 aus anderen medicinischen Gründen gemacht. Von den Letzteren wurde in 6 Fällen wegen unerträglicher localisirter Schmerzen operirt, ein vollständiger Erfolg wurde in 3 Fällen, ein theilweiser in den übrigen erzielt, ein Umstand den L. der späten Operation zuschreibt. In 4 Fällen von echter Epilepsie wurde der Zustand gebessert, in einem Falle von symptomatischer Epilepsie kehrten die Anfälle nicht wieder, ein zwei-

ter wurde wesentlich gebessert. L. legt Werth auf möglichst frühzeitige Operation, da nach Eintritt secundärer Veränderungen in der Hirnrinde auf Heilung nicht mehr zu hoffen ist.

672) **Schwatz** erstattet Bericht über eine Beobachtung von Marchant Es handelte sich um eine Lähmung im Bereich des Nervus popliteus. externus, die nach Heilung einer Fractur im oberen Drittel des Wadenbeins zurückgeblieben war. Es hatte sich eine reichliche Callusmasse gebildet, über welche der Nerv „gleich einer Violinsaite über den Steg" gespannt war. Die Freilegung gelang ohne Schwierigkeit, doch trat die Gebrauchsfähigkeit des Muskels erst nach mehreren Monaten wieder ein. Holtermann (Sachsenberg).

III. Société française d'etologie et de laryngologie.

Sitzung vom 27.—28. April 1887. (Le Progrès médical 1888. Nro. 18.)

673) **Berger** bespricht die Symptome der Erkrankungen des Sinus sphenoidalis. Ist die Affection auf das Innere des Sinus beschränkt, so kann jedes objective Symptom fehlen und nur in einigen Fällen wird Kopfschmerz beobachtet. Sobald die Erkrankung auf die benachbarten Parthien übergreift, können plötzliche einseitige Blindheit, Meningitis, tödtliche Hämorrhagie, Retropharyngealabcess, Thrombose der Vena opthalmica, Necrose der Knochen auftreten. Bei Compression der benachbarten Organe, der Nervi optici kann Amaurose die Folge sein. Durchbohrt der Tumor die Basis Cranii, tritt Meningitis auf oder es bildet sich ein Hirnabscess. Verletzungen des Ossis sphenoidalis können fortwährenden Ausfluss von Cerebrospinalflüssigkeit, Exophthalmus, Zerreissung des Nervus opticus und Anästhesie des II. und III. Astes des Trigeminus zur Folge haben.

674) **Boucheron** spricht über die Ohrepilepsie, die seiner Ansicht nach durch locale Reizung des Nervus acusticus hervorgerufen werde. Ihr Symptom ist die den Anfällen vorausgehende Taubheit und eine Läsion der Paukenhöhle in den Fällen, in denen die Epilepsie durch Reizung sämmtlicher sensibler Hirnnerven zu Stande kommt, die Aeste in die Paukenhöhle senden.

Suarez erinnert an einen Fall von Epilepsie, der durch einen Polypen hervorgebracht wurde, welcher den ganzen äusseren Gehörgang ausfüllte.

Baratoux hat Ohrepilepsie nur beobachtet in Fällen von chronischer eitriger Entzündung des Mittelohres und in gewissen Fällen bei Fremdkörpern im Gehörgange.

Gellé ist der Ansicht, dass die Epilepsie einer von der Läsion des Mittelohres fortgeleiteten Meningitis ihre Entstehung verdanke.

675) **Joal** theilt 2 Fälle von hartnäckigem Kopfschmerz in der Wachsthumsperiode mit, die ihr Entstehen einer Nasenaffection verdankten.

676) **Ménière** berichtet einen analogen Fall, der durch Cauterisation der Nasenmuscheln und Abtragung der in denselben befindlichen Wucherungen geheilt wurde. Holtermann (Sachsenberg).

IV. Société médico-chirurgicale de Liège.

Sitzung vom 3. August 1888. (Le Progrès médical. 1888. 32.)

677) **Francotte** theilt einen Fall von Hemiatrophie der Zunge mit spastischer Lähmung der unteren Extremitäten mit, der ein 17 jähriges Mädchen betrifft. Die Atrophie der linken Zungenhälfte besteht seit der Geburt; es findet sich ferner eine Lähmung des linken Rectus externus und eine Facialisparese derselben Seite. Die ersten Symptome der spastischen Lähmung traten im 12. Lebensjahre auf, die rechte untere Extremität wurde zuerst gelähmt, einen Monat später auch die linke untere. Fr. glaubt, diese verschiedenen Symptome auf eine einzige Laesion beziehen zu müssen, die ihren Sitz in der Höhe des Bulbus hat, die beiden Pyramiden, soweit sie mit den unteren Extremitäten in Beziehung stehen, in Mitleidenschaft zieht, dann nach links weitergeht und auf den hypoglossus (Hemiatrophie der Zunge), den Abducens (Lähmung des rectus externus) und den Facialis (Parese der l. Gesichtshälfte) übergreift. Holtermann (Sachsenberg).

V. Société médicale des hôpitaux.

Sitzung vom 27. Juli 1888. (Le Progrès médical 1888. 32.)

678) **Duponchel** berichtet über einen Fall von Pachymeningitis haemorrhagica, der einen Soldaten betraf unter dem Bilde eines apoplectischen Insultes, mit rechtsseitiger Contractur und epileptoidem Zittern auftrat und in 3 Tagen zum Tode führte. Bei der Section fand sich ein intraarachnoidealer Erguss, der besonders stark über der hinteren Centralwindung lagerte. D. meint, dass derartige Fälle eventuell durch die Trepanation günstig beeinflusst werden könnten, da man auf diese Weise dem ergossenen Blute, das den Tod durch Compression des Gehirns kerbeiführt, einen Abfluss eröffnet.

Holtermann (Sachsenberg).

VI. The medico-psychological Association of Great Britain and Ireland.

Sitzung vom 16. Mai 1888. (The journal of mental science. Juli 1888.)

Discussion über den Vortrag Henry Maudsley's: Remarks on crime and criminals (dieses Centralblatt S. 439).

679) **Needham**: Redner begrüsst den Vortrag von M. als von der grössten praktischen Bedeutung; er betont mit ihm, dass eine grosse Anzahl Verbrecher, die geisteskrank genannt würden, eben nur Verbrecher seien, welche eine strenge Bestrafung verdienten. In allen Fällen von Verbrechen, in denen eine wirkliche Krankheit vermuthet oder behauptet wird, muss man den einzelnen Fall genau untersuchen und sich nach den Thatsachen eine Meinung zu bilden bemühen, nicht aber verallgemeinern und den Fall bestimmter Symptome halber nun auch zu einer bestimmten Krankheitsgruppe zählen. Redner beklagt sich über das unvernünftige und unsachgemässe Verhalten mancher englischer Richter.

Hack Tuke stimmt gleichfalls M. bei im Gegensatz vorzüglich zur italienischen criminal-anthropologischen Schule. Er hält genaue Gehirnuntersuchungen bei Verbrechern nach dem Beispiele Benedikt's für sehr vortheilhaft, zumal wenn jede Verallgemeinerung genau geprüft werde in Bezug anf ihre Rechtfertigung durch genaue wissenschaftliche Untersuchungen. Mit Recht betone Maudsley die Existenz eines hereditären oder erworbenen moralischen Defektes neben dem eine solche Intelligenz vorhanden sei, dass jener nicht als hinreichender Grund für Straflosigkeit angesehen werden könne. Endlich trete M. mit Recht der Doctrin, wonach der Mensch nur eine Maschine sei, entgegen, da er von verantwortlichen und nicht verantwortlichen Verbrechern spreche, und da der Verantwortlichkeit doch ein bestimmtes Maass von freiem Willen entsprechen müsse.

Rayner betont die Wichtigkeit einer vergleichenden Untersuchung der Gehirnentwicklung von Verbrechern und entsprechenden gesunden Individuen und andererseits über die specielle Art der insufficienten Gehirnentwicklung und das specielle Verbrechen. Man darf nicht allein die Fälle beachten wo auf Grnnd einer Praedisposition sich eine geistige Störung entwickelt hat, sondern auch die, wo trotz einer Praedisposition eine Geisteskrankheit ausgeblieben ist.

Fletcher Beach gibt einige Beispiele für die von M. beschriebenen Fälle moralischer Imbecillität bei vollkommen normaler Intelligenz. Er räth in solchen Fällen, wo keine eigentliche Gehirnerkrankung vorliege, eine moralische Erziehung zu versuchen.

Herbert Stephen schliesst sich als Jurist dem Proteste M. dagegen an, dass jeder Verbrecher eine kranke Person sei, die in ein Hospital gehöre. Uebrigens angenommen, dass Verbrechen eine Krankheit wäre, so würde er als Jurist Sachverständige einladen, nach den Symptomen der Krankheit zu suchen, um dann mit um so grösserer moralischer Sicherheit die Verurtheilung auszusprechen. Ebensowenig kümmere ihn der Streit über das Vorhandensein oder Fehlen des freien Willens; denn wolle man annehmen, dass jemand als Maschine handle und demnach nur wegen der eigenthümlichen Construction ein Verbrechen begangen habe, dann sei er eben eine solche Art von Maschine die jeden ins Gefängniss bringen müsse. Was den von dem Praesident berührten Streit zwischen Richtern und Aerzten angehe, so sei der Hauptstreitpunkt der: es folge daraus, dass jemand geisteskrank sei, durchaus nicht, dass er darum auch kein strafwürdiges Verbrechen begehen könne. Die Gesetzgeber nehmen an, dass in einer Zahl von Geisteskrankheiten der Geist derart Schaden gelitten habe, dass es nutzlos und unrecht sei, einen derartigen Kranken zu bestrafen, dass dagegen bei anderen Fällen von Geisteskrankheit eine Straflosigkeit im Falle von begangenen Verbrechen nicht am Platze sei. Diese Fälle zu scheiden, sei Sache der Aerzte, die also die Frage zu beantworten hätten: Verstand N. N. was er thun wollte und wusste er, was das war?

Royers beklagt gleichfalls die häufigen Streitigkeiten zwischen ärztlichen Sachverständigen und Richtern, wovon die letzteren oft ein

Gutachten der ersteren einfach bei Seite schöben, da ja jedermann sagen könne, ob eine Person geisteskrank wäre oder nicht. Wenn übrigens Mr. Stephen in dem Verbrecher die Maschine bestrafen wolle, die das Verbrechen begangen habe so thue er oft Unrecht, da häufig nur der wirklich strafbar sei der die Maschine aufgestellt, sie gemacht habe. Andererseits wenn man einen geisteskranken Verbrecher bestrafe so müsse man sie alle bestrafen. Immerhin begrüsse er trotz der Divergenz der Ansichten die Theilnahme eines Juristen an der freundschaftlichen Discussion über diese Gegenstände.

Hack Tuke fragt Stephen, ob er auch mit Lord Bramwell einverstanden sei, der Geisteskranke härter bestrafen wolle als Gesunde, um sie abzuschrecken.

Stephen weist dies zurück und macht eine Bestrafung von Geisteskranken überhaupt abhängig von der Möglichkeit, einen Eindruck auf diese zu machen und sie durch die Furcht vor Strafe abzuschrecken. Strauscheid (Bendorf).

I. Jahrgang unseres Centralblattes!

Die Nachfragen nach dem längst vergriffenen ersten Jahrgang unseres Centralblattes (1878) haben in der letzten Zeit so zugenommen, dass dem Plane eines Nachdruckes nähergetreten werden soll, wenn die genügende Zahl von Exemplaren des ersten Jahrgang vorher fest bestellt wird. Der Jahrgang wird zu M. 6 bis 7 geliefert werden. Feste Bestellungen, die zur Abnahme und Zahlung binden, sind an die Verlagsbuchhandlung von **Th. Thomas** oder an mich zu richten.

Dr. Erlenmeyer.

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten, das Abonnement auf das IV. Quartal 1888 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

Redaction: I. V. Dr. H. Kurella in Ahrweiler.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. 1. Oktober 1888. Nro. 19.

Inhalt.

I. Originalien. I. Beitrag zur Lehre von der conträren Sexualempfindung in ihrer klinisch-forensischen Bedeutung. Von Dr. **Kriese**, pract. Arzt in Ahrweiler. II. Criminelle Anthropologie und positives Strafrecht. Von Dr. H. **Kurella**, II. Arzt der v. Ehrenwall'schen Privatanstalt in Ahrweiler. (Schluss.)

II. Referate und Kritiken. **Hefftler**: Die Windungen des menschlichen Gehirns und ihre Beziehungen zum Schädeldache. **Maguire**: Ein Fall von idiopathischer Suppuration der dura mater medullae spinalis. **Koch**: Halbseitige Zungenatrophie. **Pitres et Vaillard**: Ein Fall von Poliomyelitis anterior subacuta. **Tuczek**: Ueber die nervösen Störungen bei der Pellagra (nach eignen Beobachtungen). **Thomsen**: Zur Pathologie und Anatomie der „acuten alkoholischen Augenmuskellähmung" nebt Bemerkungen über die anatomische Deutung einiger Symptome im Krankheitsbilde der „alkoholischen Neuritis". **Schwalbe**: Zur Kenntniss der apoplectiformen Bulbärparalyse. **Huber**: Zur Symptomatologie und Pathogenese des Morbus Basedowii. **Souza-Leite**: Ein Fall von M. B., in dem unter dem Einflusse der Schwangerschaft eine bedeutende Besserung einzelner Symptome eintrat. **Francis**: Sprachstörungen bei Geisteskranken.

I. Originalien.

I.

Beitrag zur Lehre von der conträren Sexualempfindung in ihrer klinisch-forensischen Bedeutung.

Von Dr. KRIESE, pract. Arzt in Ahrweiler.

Es ist ein Verdienst der medizinischen Wissenschaft, speziell der Psychiatrie, darauf hingewiesen und bewiesen zu haben, dass das in so manchen Kriminalfällen für das Verständniss Räthselhafte durchsichtig und begreiflich wird, sobald man an die Erklärung derselben unter Zuhilfenahme der Psychopathologie anstatt der Psychologie herantritt. Es ist das Verdienst der Psychiatrie nachgewiesen zu haben, dass viele Delicte, welche man geneigt ist auf Rechnung von Bosheit und Verkommenheit zu setzen, unter krankhaften Bedingungen zu Stande gekommen sind. Vorzüglich die Categorie der Sittlichkeitsverbrechen tritt in den letzten Jahrzehnten ungemein, in geradezu

erschreckendem Maasse in den Vordergrund, und es hat denn auch nicht gefehlt, dass gerade auf diesem Gebiete die Wissenschaft einen pathologischen Zustand kennen lehrte, der das lebhafte und dauernde Interesse der Fachkreise erweckte, und über dem, da die Kenntniss desselben erst jüngeren Datums ist, die Akten noch lange nicht geschlossen sind. Ich meine die nach Westphal so genannte „conträre Sexualempfindung".

Verfolgt man die Aufzeichnungen der Schriftsteller des Alterthums über die socialen und häuslichen Zustände jener Zeiten, so findet man, dass die damaligen Anschauungen über Sittlichkeit doch sehr primitive, von denen der christlichen Zeit ganz abweichende waren. Blutschande, Sodomie, Päderastie sind bei den alten, vielfach auf hoher Culturstufe stehenden Völkern etwas ganz Gewöhnliches. Wohl die einzige Ausnahme machte das nicht blos sittlich hochstehende, theokratisch regierte Judenvolk. Man darf allerdings nicht vergessen, dass die Culturvölker des Alterthums fast ausschliesslich ihren Sitz im Orient hatten, wo bekanntlich auch heute noch in sexueller Hinsicht freiere Anschauungen massgebend sind, wo auch die Päderastie, wenigstens unter gewissen Völkern, mehr offenkundig cultivirt wird. Bei dem ältesten Culturvolke des Abendlandes, den Römern, kamen während der Blüthezeit des Staates die geschlechtlichen Verirrungen wohl nur als seltnere Erscheinung vor. Anders allerdings wurde es in der Hinsicht, als mit vorschreitender Degeneration des Volkes Ausschweifungen und Unzucht immer allgemeiner wurden. Cajus Suetonius berichtet uns darüber haarsträubende Einzelheiten in grosser Menge. Interessant ist es, dass auch er schon natürliche Anlage als Aetiologie für die widernatürlichen Verirrungen bei einzelnen Individuen annimmt. So urtheilt er über Nero's unzüchtiges Rasen: „sed ut tunc quoque dubium nemini foret, naturae illa vitia, non aetatis esse." Selbst der würdige Cicero sagt: „Sittenstrenge war vielleicht den Camillus, Fabricius, Curius gegeben, ist aber heute zu Tage keineswegs mehr üblich, ja man liest kaum mehr die Bücher, in denen ihrer gedacht wird, weil sie ganz veraltet sind . . .". Und an anderer Stelle: „Nichts gewöhnlicher als blutschänderische und widernatürliche Liebesverhältnisse". Erst dem Christenthum gelang es, auf ethischem Gebiete läuternd Bahn zu brechen. Während des Mittelalters sind die Ansichten über Ethik und Moral im allgemeinen wohl mehr weniger rohe, doch finden sich widernatürliche Ausschreitungen auf diesem Gebiete selten, vielleicht weil dieselben verhältnissmässig sehr schwer geahndet wurden, nämlich durch die Todesstrafe. Schlimmer wird es erst wieder in der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts und besonders seit den sechsziger Jahren. Von da ab häufen sich die Unzuchtsvergehen in erschrecklichem Maasse. Diese bestehen namentlich in Unzucht mit Unerwachsenen des anderen Geschlechtes, mit Personen desselben Geschlechtes — Päderastie —, und mit Thieren — Sodomie. Uns interessirt hier nur die an zweiter Stelle angeführte Form des perversen Geschlechtstriebes, die Päderastie, und zwar in der Form der „mann-männlichen Liebe".

Bis zu Anfang der sechsziger Jahre unseres Jahrhunderts betrachtete man die Päderastie ausschliesslich als ein aus Uebersättigung im erotischen Genuss, aus Mangel an anderweitiger Gelegenheit oder aus Furcht vor Ansteckung ausgeübtes Laster. Da machte zuerst Casper (Ueber Nothzucht und Päderastie, Vierteljahresschrift 1852 I) auf eine besondere Erscheinungsweise des Geschlechtslebens aufmerksam, welche auch er noch mit der Päderastie zusammenwirft, welche er jedoch als eine angeborene Anomalie, gleichsam als eine geistige Zwitterbildung aufzufassen geneigt ist. 1863 veröffentlichte er in seinen klinischen Novellen die interessanten Selbstbekenntnisse eines Unbekannten, welcher an dieser krankhaften Naturerscheinung litt.

Durch diese Mittheilungen veranlasst, trat Mitte der sechsziger Jahre ein gleichfalls an conträrer Sexualempfindung leidender Assessor erst unter dem Pseudonym Numa Numantius, später unter seinem richtigen Namen Carl Heinrich Ulrichs als Vorkämpfer für die Rechte der mit mann-männlicher Liebe Behafteten auf und schrieb über die „Urningsliebe“ im Laufe der Jahre eine ganze Reihe von Broschüren: Mnemon, Vindex, Vindicta, Ara spei, Inclusa, Gladius furens, Kritische Pfeile. Ulrichs will der mann-männlichen Liebe gleiche Berechtigung zugesprochen wissen, wie der physiologischen. Er bestreitet, dass das sexuelle Leben der Psyche an das körperliche Geschlecht gebunden sei; es könne eine weibliche Seele in einem männlichen Körper eingeschlossen sein. Er nannte die mit diesem perversen Geschlechtstrieb behafteten Individuen „Urninge“ und die mann-männliche Liebe „Urningsliebe“. Er verlangte die sociale und staatliche Anerkennung der Urningsliebe und die staatlich und kirchlich gültige Ehe zwischen zwei Urningen.

Vom wissenschaftlichen Standpunkte ging als Erster Griesinger im Jahre 1868 an die Beurtheilung dieser geschlechtlichen Abnormität heran. Er legte das Hauptgewicht auf die organische Belastung. Im Archiv f. Psychiatrie, Bd. I. p. 651 sagt er: „Man bekommt eine eigenthümliche Ansicht über manche empörende, das sittliche Gefühl des Gesunden mit Ekel erregenden Aberration, wenn man einmal von einem soliden, feingebildeten und in der feinen Welt lebenden, *aber allerdings hereditär stark belasteten* Individuum das Geständniss entgegengenommen hat, dass er seit seinem 8. Jahre einen bei jeder Gelegenheit aufsteigenden sexuellen Trieb zu seinem eigenen Geschlechte, niemals aber einen gesunden und natürlichen empfunden habe“.

Bald darauf veröffentlichte Westphal eine bahnbrechende Abhandlung über diesen Gegenstand im Archiv f. Psych. Bd. II. p. 73, in der er zwei diesbezügliche Fälle mittheilt. Von ihm rührt der Name „conträre Sexualempfindung“ her. Er erklärte dieselben als „eine angeborene Verkehrung der Geschlechtsempfindung mit dem Bewusstsein der Krankhaftigkeit dieser Erscheinung“. Dabei betont er die erbliche Belastung und hebt den psychischen Schwächezustand und den periodischen Wechsel einer krankhaften Depression und Exaltation bei seinen Fällen hervor. Er wirft schon die Frage auf, ob

die conträre Sexualempfindung als ein neuropathischer oder als ein psychopathischer Zustand zu bezeichnen sei, neigt jedoch der ersteren Ansicht zu.

Im Sinne und im Anschluss an die Ausführungen von Westphal reihen sich die Veröffentlichungen von Schmicke, Servaes, Scholz, Gock und Stark an.

Auch Stark, welcher an der pathologischen Natur des ganzen Zustandes festhält, lässt es unentschieden, ob der letztere als neuro- oder als psycho-pathischer aufzufassen ist. Immerhin spräche nach ihm die mitgetheilte Casuistik sowie die aus den Ulrichs'schen Publikationen hervorgehende Häufigkeit des Selbstmordes bei der conträren Sexualempfindung für das letztere.

In der grossen Mehrzahl der Fälle sei erbliche Belastung nachweisbar. Die conträre Sexualempfindung sei nicht nur eine qualitative — es wird Lustgefühl durch einen unter normalen Verhältnissen Ekel erregenden Reiz hervorgerufen — sondern auch eine quantitative — reizbare Schwäche — Empfindungsanomalie.

Kirn machte diese Abnormität des geschlechtlichen Triebes zum Gegenstande eines Vortrages, welchen er auf der 14. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe 1831 hielt und veröffentlichte im Anschluss an denselben eine Abhandlung in der Zeitschrift f. Psych. Bd. 39 p. 216 ff. Er hebt als häufigstes anamnestisches Moment erbliche Belastung und Nervosität von Jugend auf hervor, und ihm ist die conträre Sexualempfindung nur ein hervortretendes Symptom einer nach mehreren Seiten psychisch abnorm angelegten Individualität. „Bei Solchen, d. h. mit dem Triebe der mannmännlichen Liebe behafteten Individuen, handelt es sich offenbar um einen pathologischen Zustand, um eine Abweichung vom normalen, anthropologischen Typus, wohl um eine psychische Degeneration, deren am meisten hervortretende Erscheinung darin besteht, dass der normale sexuelle Trieb zum andern Geschlecht mehr oder weniger vollständig fehlt, statt dessen aber eine bald mehr ideale, bald grob sinnliche Neigung zu Personen des gleichen Geschlechtes vorhanden ist".

Auch der von Pacher in Friedr. Bl. f. gerichtl. Med. 38. Jahrg. 4. Heft mitgetheilte Fall besitzt die das Wesen der Urningen bedingenden Abnormitäten: erbliche Anlage, abnorm frühzeitiges Erwachen des Geschlechtslebens, Onanie seit Kindheit her, Abneigung gegen das weibliche, Liebe zum männlichen Geschlecht. Päderastische Vorstellungen erregen Patienten bis zur Ejaculation, während der erste und einzige, auf Drängen der Verwandten gemachte Cohabitationsversuch bei seiner jungen Frau misslingt. Er ist zweifellos psychopathisch und wird wegen unheilbarer, psychischer Impotenz und perverser Sexualempfindung entmündigt.

Vor 2 Jahren hat nun v. Krafft-Ebing eine klinisch-forensiche Studie unter dem Titel „Psychopathia sexualis" erscheinen lassen in welcher er klar und erschöpfend die conträre Secualempfindung abhandelt, nachdem er bereits vorher über diesen Gegenstand im 38.

B. der Zeitschrift f. Psych. „zur conträren Sexualempfindung in klinisch-forensicher Hinsicht“ und im 7. B. d. Archiv f. Psych. „Ueber gewisse Anomalien des Geschlechtstriebes etc.“ geschrieben hatte. v. Krafft-Ebing kommt zu dem Schlusse, dass die hier gemeinte paradoxe Geschlechtsempfindung als eine Theilerscheinung eines neuropsychopathischen. meist heriditären Zustandes klinisch zu betrachten sei, und dass sie die Bedeutung eines functionellen Degenerationszeichens habe.

Nach unserer heutigen Kenntniss, wie sie aus den bisherigen Beobachtungen resultirt, ist die mit dem Namen der conträren Sexualempfindung bezeichnete Anomalie des Geschlechtstriebes in den weitaus meisten Fällen angeboren. Es sind allerdings auch einige wenige Fälle von massgebenden Beobachtern mitgetheilt worden, in denen der perverse Geschlechtstrieb in Folge von Neurasthenie, hervorgerufen durch sexuellen Abusus, erworben wurde oder sich als besonders in den Vordergrund tretende Erscheinung einer akuten psychischen Erkrankung zeigte. Ob die betreffenden Fälle auch alle mit Recht hierhin gezählt werden dürfen, erscheint fraglich. Bemerkenswerth ist, dass bei den meisten derartigen Patienten unter dem Einfluss einer zweckmässigen Therapie oder nach Besserung des psychischen Krankheitszustandes der Geschlechtstrieb wieder die normale Richtung nahm. Die Urninge, bei denen die Perversität der Sexualempfindung angeboren erscheint, sind bis auf wenige Ausnahmen sämmtlich hereditär belastet. Das Geschlechtsleben erwacht bei denselben abnorm früh, meistens in früher Kindheit, und abnorm stark und führt dadurch vielfach zur Onanie. Die Geschlechtsorgane sind in typischer Weise differenzirt, der Charakter des Individuums jedoch entspricht der perversen Geschlechtsempfindung. Der Urning fühlt sich also dem Manne gegenüber als Weib. Er empfindet für den geliebten Mann die gleiche Liebe mit ihren Freuden und Leiden wie der physiologisch Liebende zu seiner Geliebten

Wenn er sich mit Vorliebe für weiblichen Zeitvertreib und weibliche Beschäftigung interessirt, hat er dagegen für das Weib selbst höchstens Gleichgültigkeit, oft Abneigung, ja Abscheu vor demselben. Je nach den verschiedenen Entwicklungsstufen dieser Abnormität besteht nach v. Krafft-Ebing „blos die Verkehrung der Geschlechtsempfindung, auf einer weiteren ist auch das gesammte psychische Leben der abnormen Geschlechtsempfindung entsprechend geartet; auf voller Entwicklungsstufe nähert sich sogar die Körperform derjenigen, welcher die abnorme Geschlechtsempfindung entspricht“. Der Geschlechtstrieb findet entweder in Umarmungen, Küssen, betasten der Glutäen und Genitalien des männlichen Geliebten, in Manustupration durch denselben und in mutueller Onanie, oder aber in seltenen Fällen durch immissio penis in anum seine Befriedigung. Die meist vorhandene Neurasthenia sexualis mit reizbarer Schwäche des Ejaculationscentrums kann bereits bei blossem Anblick oder Berühren der geliebten Person zur Ejaculation führen. Die immissio penis in anum ist den meisten Urningen ein Greuel.

Bei der conträren Sexualempfindung handelt es sich nicht um eine isolirte krankhafte Richtung sondern um einen Ausnahmezustand, um Anomalien in der cerebralen Organisation der Urninge. Mitunter lässt sich nur das Vorhandensein eines neuropathischen, meist jedoch das eines psychopathischen Zustandes nachweisen. Zahlreiche Urninge weisen an ihrem Körper anatomische Entartungszeichen auf und in vielen Fällen entwickeln sich vorübergehend oder dauernd wirkliche Psychosen.

Wenn Tarnowsky meint, man könne Urninge mit angeborener Perversion des Geschlechtstriebes durch Erziehung vom krankhaften Wege ab und auf den gesunden der normalen Geschlechtsempfindung bringen, so gereicht doch wohl die bisherige Erfahrung nicht zur Bestätigung seiner Ansicht. von Kraft-Ebing lässt sich über diesen Punkt in seiner Psychopath. sexual. p. 64 folgendermaassen aus: „. . . . muss ich auf Grund meiner Erfahrungen verneinen, wohl aber vermag eine gute Erziehung, gleichwie beim normal empfindenden, aber sinnlichen Menschen, zur Bekämpfung des Triebes und zur Vermeidung von Päderastie zu befähigen und dem Drang ein genügendes Gegengewicht zu geben, so lange jener sich nicht mit abnormer Stärke geltend macht".

Immerhin ist die Casuistik über unsern Gegenstand noch keine sehr reiche, und es dürfte daher nicht unerwünscht sein, neue Beobachtungen den früheren anzureihen. Die nachfolgende Beobachtung wurde mir durch das liebenswürdige Entgegenkommen der Direction der Irrenanstalt Merzig ermöglicht, wofür ich mich derselben zu lebhaftem Dank verpflichtet fühle. Der Fall ist dieser:

Fr. M., evangelisch, fast 61 Jahre alt, ist Privatlehrer. Der Vater des Patienten starb an einer Schusswunde, welche er sich angeblich aus Unvorsichtigkeit an der Hand beigebracht hatte. Ein Bruder des Patienten nahm durch ein Versehen Gift aus der väterlichen Droguerie und wurde so in jungen Jahren ein Opfer seiner Unbesonnenheit. Ein Bruder des Vaters starb in einer Irrenanstalt. Patient selbst stürzte in der Jugend die Treppe herab und erlitt zwei Verletzungen am Kopfe, deren Narben noch sichtbar sind. Als Gymnasiast fiel er in den Rhein und wurde nur mit Mühe gerettet. Seit dieser Zeit leidet er an Kopfschmerzen und ist nervös derangirt. Im 6. Lebensjahre wurde er zur Onanie verführt. Er sah damals wie sein Nebenmann auf der Schulbank sich mit den Genitalien zu schaffen machte; fasste, vom Schulkameraden dazu aufgefordert, dessen penis in die Hand und fühlte sich dabei sexuell erregt. Dieser sinnliche Eindruck ist so stark gewesen, dass er ihn sich noch heute in aller Frische ins Gedächtniss zurückrufen kann. Seine Erziehung, welche er bei einem Lehrer genoss, war recht sorgfältig, doch hatte er zu viel Freiheit in Bezug auf Lektüre. Er stöberte gern in der ihm zur Verfügung stehenden Lehrerbibliothek herum, und hier war es namentlich ein Buch mit anatomischen Abbildungen der Genitalien, welches seine Sinne ganz gefangen nahm. Nun wurde der Drang zur Onanie verstärkt. Patient hielt sich ganz für sich, schwelgte in

obscönen Gedanken und kannte von jetzt ab keinen höheren Genuss als nackte Männergestalten zu betrachten. Lust an Knabenspielen hatte er gar keine, obgleich er auch keine besondere Freude an Puppen hatte. Mannbar geworden, spürte er nicht die geringste Neigung zum weiblichen Geschlecht, onanirte dafür desto mehr. Er verkehrte gern mit wohlgebauten, kräftigen Knaben mit sanften, blauen Augen und weichem, wolligem Haar. Zu solchen hatte er stets eine schwärmerische Neigung, die jedoch zu keinen Excessen geführt haben soll. Als Gymnasiast wohnte er mit einem 17 jährigen Handlungslehrling zusammen, der die geschätzten Eigenschaften besass und ihm deshalb eine heftige Neigung einflösste. Die Freundschaft zu demselben nahm bald einen schwärmerischen Charakter an. Es kam zu Küssen, Umarmungen, welche der Handlungslehrling jedoch nur duldete, nicht erwiderte.

Bei einer solchen Gelegenheit spürte M. eines Tages Saamenerguss mit einem bisher ungekannten Wollustgefühl. Von dieser Zeit an hatte ihn „der Teufel der Wollust gänzlich in Besitz genommen", „von nun an war der Päderast fertig". Jetzt gings stufenweise voran. In der Folge suchte er die Befriedigung seines perversen Geschlechtstriebes, wo ihm die Gelegenheit günstig schien. Traf er auf einen blauäugigen, blondgelockten Knaben, so suchte er dessen Aufmerksamkeit durch Fixiren mit den Augen und durch sonstige auffällige Manipulationen auf sich zu ziehen. Gelang ihm dies, und war der Knabe willig, so führte er ihn abseits, küsste, umarmte ihn und drückte dessen Gesäss an seine eigenen Schamtheile, wobei stets Saamenerguss mit mächtigem Wollustgefühl erfolgte. Es mag wohl auch mitunter zur Manustupration gekommen sein, immissio penis in anum hat er seiner heiligsten Versicherung nach niemals vollzogen. Der blosse Gedanke daran errege ihm Abscheu. Er habe sich stets an sanftmüthige, blonde Knaben im Alter von ungefähr 14 Jahren gehalten. Sobald der erste Bartflaum sprosste, sobald sich der männliche Typus beim Knaben herausbildete, hörte jede Neigung auf. Zum weiblichen Geschlecht fühlte er sich weder in geschlechtlicher noch sonstiger Hinsicht hingezogen. Nur mit geistig hervorragenden, anregenden „dramaturgischen" Frauen mochte er sich wohl gerne unterhalten, eine sinnliche Neigung aber hatte er auch zu ihnen nicht. Er habe sich mehr als Weib gefühlt, habe gern schöne Stickereien gesehen, mit Vorliebe Schöngeisterei, Literatur und vor allem Dramaturgie getrieben. Seine höchste Lust wäre es gewesen, Schauspieler zu werden, wozu er auch entschieden Talent zu besitzen glaube, wenigstens für bestimmte Rollen. Im Jahre 1859 habe er ,sich gleichzeitig mit Geibel und Alfred Meisser in einer Kaltwasser-Heilanstalt zu München aufgehalten, wo er mit beiden viel verkehrte. Da habe ihm Geibel angerathen, sich dem Bühnenfache zu widmen. Geibel äusserte bei dieser Gelegenheit zu unserm Patienten: „Ihr Repertoir wird zwar ein beschränktes sein, aber in den wenigen Rollen, die Sie spielen werden, werden Sie den Beifall Aller erringen". Auf die Frage, was dies für Rollen seien, erwiderte Geibel: „Alle Rollen, in denen ein gestörtes Seelenleben zur Darstellung gelangt". In der

That habe er sich in solche Rollen am liebsten hineingedacht, sie am liebsten gelesen. Dieselben entsprächen seiner eigenen Gemüthsverfassung am meisten, denn seine unglückseelige Neigung lasse ihn nicht zur ungetrübten Ruhe kommen. Zu einer eigentlichen festen Lebensstellung hat er es nicht gebracht. Sein Schicksal ist im Laufe der Jahre ein recht wechselndes gewesen. Er nennt sich „Privatlehrer“ und ist in der That in Amerika, wohin er vor ungefähr 22 Jahren ging, während der meisten Zeit seines 20 jährigen Dortseins Privatlehrer gewesen. Nachweisbar fungirte er aber auch als Lehrer an presbyterianischen Gemeindeschulen und war selbst Prediger einer presbyterianischen Gemeinde. Den vorhandenen Zeugnissen nach hat er seinen Aemtern stets zur vollsten Zufriedenheit der massgebenden Persönlichkeiten vorgestanden. Auch in Amerika huldigte er der Päderastie, wo sich Gelegenheit fand. Nach seiner Rückkehr hat er in Deutschland keiner Beschäftigung obgelegen. Eine Zeitlang war er im Comtoir seines Schwagers, eines wohlhabenden Kaufmannes, thätig, bald aber überwarf er sich mit ihm „wegen eines Hundes“, er, der stellen- und haimath-lose Mann, derartig, dass er das Haus verlassen musste, und sein Schwager nichts mehr von ihm wissen will. Nun wollte er katholisch werden, in dem Glauben, die katholische Kirche könne „seinen Dämon“ austreiben und trat mit 2 Klöstern und mit einem Domherrn deshalb in Unterhandlung. Am 20. 5. 1887 trank er gegen seine Gewohnheit zwei Schoppen. Auf dem Heimwege kam ihm der Gedanke Seife zu kaufen, und er nahm sich einen Knaben von der Strasse als Wegweiser nach einem Seifenladen. Nach einigen Schritten umfasste er denselben und legte ihm die Hand durch die Brustfalte des Hemdes auf den blossen Leib. Vor einem Schaufenster in sehr belebter Strasse drückte er den Knaben an sich und machte Coitusbewegungen, wodurch er grosses Aergerniss erregte und die Aufmerksamkeit eines Polizisten auf sich lenkte, der ihn verhaftete. Anfänglich leugnete er die That dem Untersuchungsrichter gegenüber ab. In der Haft kämpfte er mit sich selbst einen heftigen Kampf; schliesslich „hatte ich mich überwunden und mir heilig geschworen, die Unzucht zu lassen und Alles zu bekennen“. In einem späteren Verhör legte er ein offenes Geständniss ab. Aus der Untersuchungshaft wurde er als geistesgestört nach einer Irrenanstalt übergeführt. Hier hielt er sich, wenn er auch anfangs eine Menge von Wünschen und Ansprüchen äusserte, durchaus gut und ordentlich. Er klagte über Urinbeschwerden, die jedoch mit der Zeit völlig verschwanden. Nachts liege er im Kampfe mit seinem Dämon, wobei es manchmal zu Pollutionen komme; er sehe im Traume hübsche Knaben, die er an sich zu locken suche, worüber er meistens erwache. Einmal erschien der Dämon als reizendes Frauenzimmer und er hatte auffallender Weise Gefühle bekommen. Im Allgemeinen hielt er sich stets für sich, nahm auch an Bierkränzchen u. s. w. nicht Theil; doch wurde in letzter Zeit eine Annäherung an einen anderen Patienten bemerkt. Am 26. 3. 1888 wurde er in die Prov.-Irrenanstalt Merzig versetzt, von wo er am 27. 6. 1888 entlassen worden ist.

Status praesens vom 27. 3. 1888. Ziemlich grosses, kräftiges Individuum mit auffallend bleicher Gesichtsfarbe. Das Gesicht läuft nach dem Kinne spitz zu; spärliche Behaarung des Schädels; beiderseits Myopie. Am Kopfe sind zwei schmerzlose, unbedeutende Narben sichtbar, herrührend von dem Fall in der Jugend. Patient hat in Amerika im Jahre 1885 einen Schlaganfall mit längerer Bewusstlosigkeit und Lähmung der rechten Körperhälfte erlitten. Noch heute ist der rechte Arm und das rechte Bein behindert und kraftloser als die Extremitäten der andren Körperhälfte. Die Zunge jedoch erfreut sich einer besonderen Gewandtheit und Geläufigkeit. Die inneren Organe sind gesund. Es besteht rechtsseitige Inguinalhernie. Er hat an derselben vor einer Reihe von Jahren eine erfolglose Radicaloperation machen lassen, in dem Glauben, die Perversität des Geschlechtstriebes könne vielleicht mit dem Fehler in Beziehung stehen. Das frenulum praeputii ist zu kurz, sodass die Spitze der glaus penis nach dem scrotum leicht herumgebogen ist. Zugleich ist ein mässiger Grad von Hypospadie vorhanden. Die Hoden befinden sich beide im Hodensack, sind jedoch etwas klein. Die Harnröhre ist sehr empfindlich, noch empfindlicher aber bei der blossen Berührung sind die Hoden, so dass ein erheblicher Grad von Hyperaesthesie der Geschlechtsorgane unverkennbar ist. Dazu besteht beiderseits „Ovarialschmerz“. Mässiger Druck auf die Stellen, wo beim Weibe die Eierstöcke liegen, ruft bei ihm ein Schmerzgefühl hervor, das ihn zum Schreien zwingt, und ihm unerträglich ist. Die Patellarreflexe sind gesteigert. Mit geschlossenen Angen kann er wohl stehen, doch weicht er beim Gehen stark nach links ab.

Sein ganzes Wesen ist ein sehr uuterwürfiges, sein Blick lüstern, lauernd, die Sprache süsslich, die Stimme leise. Der Gang ist leicht, schwebend, nach den Seiten wiegend, wie man ihn vielfach beim weiblichen Geschlecht bemerken kann. Die Unterhaltung mit ihm ist interessant, er verfügt über eine bemerkenswerthe Rednergabe. Seine Ausdrucksweise ist fliessend, gewandt, nicht gesucht. Er zeigt sich sehr belesen, liebt es über Literatur und Schauspiel und über hervorragende Männer auf diesen Gebieten zu sprechen und in seinen Redestrom allerhand Sentenzen und Aussprüche berühmter Männer einzuschalten. Immer und immer wieder kommt er auf seine schauspielerischen Anlagen zurück, welche er rühmt, und mehrmals giebt er seinem Bedauern Ausdruck, nicht Schauspieler geworden zu sein, wie er es des öfteren vorgehabt habe. Er könne den Uriel a Costa von A bis Z auswendig hersagen, ebenso den Macbeth. Der Caligula im 2. Akt aus dem Fechter von Ravenna sei seine Glanzrolle. Mitten im Gespräch springt er vom Stuhle auf, giebt einige Erläuterungen über die scenische Situation, in welche er den Zuhörer versetzen will, wirft sich in schauspielerische Pose und rezitirt Längeres aus der Rolle des Macbeth mit einer Meisterschaft in Haltung, Geste und Ton, der man seine volle Anerkennung nicht versagen kann. Ueber seinen Aufenthalt im Irrenhause ist er beruhigt; er spricht darüber ganz verständig, zeigt sich vollkommen orientirt und berichtet über seine

Vergangenheit nach einigem Zögern in pathetischer Weise und ohne Scham zu empfinden Ausführliches. Er glaubt jetzt von seinem Laster geheilt zu sein. Früher habe er sich öfter darüber unglücklich gefühlt, dass er sich in sexueller Hinsicht nicht habe beherrschen können, doch sei er sich über die Verwerflichkeit seines Geschlechtslebens nie in der Weise klar geworden wie jetzt. Er habe wohl masturbirt und Knaben lieb gehabt, doch niemals öffentlich wie an dem betreffenden unseeligen Tage. Er habe sich aber stets nervös gefühlt, fortwährend an Kopfschmerz und Schlaflosigkeit gelitten. An dem betreffenden Tage habe er zwei Schoppen getrunken und die Wirkung des Alkohols so ungewöhnlich gespürt, dass es ihm ganz unmöglich gewesen sei, seine Gelüste zu zügeln. Erst als der Polizist ihn arretirt, sei ihm klar geworden, was er gethan. Seinem Triebe zur Ausübung der Päderastie habe er sonst nur nachgegeben, wenn sich eine günstige Gelegenheit ohne Gefahr darbot. Gegen Alcohol sei er stets in abnormer Weise widerstandslos gewesen, besonders, wenn er vorher eine Zeitlang keinen genossen hatte wie am Tage des Vergehens. Sobald er Alcohol zu sich genommen, fühlte er sich sexuell stärker erregt. Jetzt werde es aber damit anders werden. Er habe allen unnatürlichen Wollustsünden den Abschied gegeben, und seither scheine sich der natürliche Geschlechtstrieb einzustellen, seither spielen Frauenzimmer Rollen in seinen Träumen.

28. 3. Sucht sich nach Angabe des Wärters an einen anderen Patienten, der öffentlich in absolut affectloser Weise (Paralytiker) onanirt, heranzumachen. Deshalb zur Rede gestellt, verspricht er sofort, sich künftig ganz für sich allein zu halten, behauptet, der andere habe ihn zuerst angesprochen.

30. 3. Seitdem sehr correct, ruhig, auffällig süssliches, höfliches Benehmen.

3. 4. Klagt über Schlaflosigkeit, die aber wohl nicht zu kuriren sei, da dies schon die grössten Autoritäten vergeblich versucht hätten. Bittet um ein eigenes Zimmerchen.

12. 4. Vollkommenes Wohlbefinden, meidet fast jeden Verkehr mit Anderen; liest seinen Cicero und studirt lateinische Grammatik; stets devotes, überaus höfliches Benehmen.

Mai. Bittet öfter um Entlassung, da er sich geheilt fühle und sich beherrschen könne.

Ich füge hier noch zur Vervollständigung einen Brief an, den der Kranke schrieb, um seine Entlassung zu betreiben. Er lautet:

„Wegen einer passenden Einleitung zu diesem Schriftstück brauche ich wohl kaum in Verlegenheit sein. Ich weiss keine zweckentsprechendere zu finden als diese: Ich bin Gefangener! Seit dem 15. Juni v. J., dem Tage, an welchem ich ins Untersuchungsgefängniss geschickt wurde, bin ich meiner Freiheit beraubt gewesen. Ich habe ein verzehrendes Verlangen wieder frei zu werden. Ohne Zweifel wird man mir jetzt die Frage vorlegen: „Bist du aber auch im Stande rechten Gebrauch von der Freiheit, falls dir dieselbe wiedergeschenkt wird, zu machen? Sind deine geistigen Fähigkeiten so beschaffen, dass du

die Freiheit ertragen kannst? Ist's in deinem Kopfe jetzt so klar und hell, dass Du nicht allein den Vorrechten, welche die Freiheit gewährt, sondern auch den Pflichten, welche sie auferlegt, zu genügen im Stande bist?" — Soweit ich meinen Zustand selbst zu beurtheilen in der Lage bin, glaube ich diese Frage mit Ja beantworten zu dürfen. Bei der längeren Unterredung, die ich mit dem Direktor der Irrenanstalt Stephansfeld hatte, erlaubte ich mir an letzteren die Frage: „Glauben Sie Herr Director, dass ich irrsinnig bin?" Er antwortete: „Sie sind nicht irrsinnig in dem Sinne, wie das Volk diesen Begriff meistens auffasst. Sie haben jedoch an Geistesstörung gelitten und leiden noch daran. Hinsichtlich Ihrer That halte ich Sie für unzurechnungsfähig, mithin für nicht strafbar".

Nach 7 monatlichem Verweilen in Stephansfeld erklärte mir der Herr Director am Tage meiner Abreise nach Merzig: „In Ihrem Kopfe ist es jetzt wieder ganz klar. Sie wissen jetzt ganz genau, was Sie thun." Dass die Ansicht des genannten Herrn Directors die richtige ist, sagt mir mein Selbstbewusstsein. Ich muss zugeben, dass ich an Geistesstörungen, mögen dieselben nun durch die in der Jugend erlittenen Herabstürze oder durch die in Amerika überstandene, verfehlte Bruchoperation oder durch den daselbst erlittenen Schlaganfall verbunden mit nervöser Ueberreizung und Schlaflosigkeit entstanden sein, gelitten habe. Dass diese Geistesstörungen aber jetzt vollständig beseitigt sind, ich also geistig völlig gesund geworden bin, beweisen die Vergleiche die ich zwischen meinem geistigen Zustande und dem meiner Zimmergenossen tagtäglich anzustellen Gelegenheit finde. Von allen den eigenthümlichen Erscheinungsformen, durch die sich Irrsinn zu erkennen giebt, findet sich bei mir keine Spur.

„Wirst du — so wird sicherlich weiter gefragt werden — wirklich von der Freiheit keinen Missbrauch machen? Wird die That, deretwegen du eigentlich deiner Freiheit beraubt wurdest, nicht von Dir wiederholt werden? Steht nicht zu befürchten, dass du mit dem Gericht noch einmal in Conflict geräthst?" Ich antworte: Nein und abermals Nein! Ich werde eine solche That niemals mehr begehen. Ich bin ein anderer Mensch geworden! Ich habe mich beherrschen gelernt! Seit dem 15. Juni v. J. habe ich weder der Päderastie noch der Onanie gefröhnt. Wenn ich aber seit beinahe einem vollen Jahre mich habe enthalten können, so ist doch gewiss Hoffnung vorhanden, dass ich es noch länger vermag. Ich weiss wohl, dass mir hier folgender Einwand gemacht werden kann: „Du warst seit 1 Jahre Gefangener; Du standest sowohl in dem Untersuchungsgefängniss und in dem Lazareth des Bezirksgefängnisses, sowie nicht minder in den beiden Irrenanstalten unter schärfster Controlle. Jeder Deiner Schritte und Tritte wurde aufs sorgfältigste bewacht. Wer bürgt nun dafür, dass, wenn Du frei geworden bist und keine beengende Aufsicht Dich umgiebt, Du alsdann Dich auch zu beherrschen und zu enthalten vermagst? Wirst Du dann die ohne Zweifel sich darbietende Gelegenheit nicht zu benutzen und dich für den aufgenöthigten Zwang nicht zu entschädigen trachten? Wirst du in der Freiheit nicht wieder nach

gesunden, wohlgebauten, freundlich dreinschauenden, blauäugigen, blondhaarigen Knaben schielen und sie in Dein Netz zu ziehen suchen?“ — Ich antworte hierauf: Das wird nimmermehr geschehen! Ich habe vollständig eingesehen und klar erkannt, dass jene oben erwähnten Laster nicht nur abscheuliche Gewohnheiten, sondern auch Frevel gegen die Natur und göttliche Weltordnung sind. Ich bin in meinem Innern aufs gewisseste davon überzeugt, dass die, welche solche scheussliche Dinge treiben, Frevler gegen Gottes Ordnung sind, mithin das Strafgericht Gottes muthwillig und geflissentlich auf sich herabbeschwören.

Ich werde keine unnatürliche Wollustsünde mehr begehen. Ich bin jetzt moralisch unfähig dazu. Ich bin — ich muss es wiederholen — ein ganz anderer Mensch geworden. Und wer hat dieses Wunder bewirkt? Antwort: Die Macht der Religion. Ich bin jetzt von Herzen religiös. Und eben weil ich dies bin, kann ich das nicht mehr thun, was den Vorschriften der Religion, sowie denen des Vernunft- und Sitten-Gesetzes widerstreitet. Die Religion hat mir Kraft gegeben, mich vollständig zu beherrschen. Ich bin durch ihren Einfluss innerlich erstarkt. Das Fleisch steht unter der Herrschaft des Geistes! bei einem etwaigen unvermeidlichen Zusammensein mit Knaben wird mir daher beständig der Spruch vorschweben: „Maxima debetur puero reverentia“.

Aus dem Gesagten wird Ihnen klar geworden sein, dass ich mich in meinem Innern vollständig gerechtfertigt erachten muss, wenn ich Sie hiermit herzlich und dringend bitte, mich recht bald der Freiheit wieder zu geben. Es ist mir höchst peinlich, noch länger in einem Irrenhause zu verweilen“.

Er ist denn auch vor einigen Monaten entlassen worden.

Indem ich nunmehr zur Beurtheilung des Falles übergehe, komme ich zu folgenden Erwägungen.

Wir haben es mit einem Menschen zu thun, der erblich belastet, Masturbant, von Charakter ein Sonderling ist und dies auch von jeher war, der an chronischer Schlaflosigkeit und ebensolchem Kopfschmerz leidet, schon einmal einen Schlaganfall erlitten hat und gegen geistige Getränke eine auffallende Widerstandslosigkeit zeigt, kurz mit einem Menschen, der in seinem ganzen Habitus den Stempel der neuro-psychopathischen Constitution aufweist. Seine geistigen Fähigkeiten sind, namentlich was logisches Denken, rednerische und mimische Begabung anbelangt, keine schlechten, doch hat es ihm an Ernst des Strebens und der nöthigen Willensstärke gemangelt, sich eine seiner Ausbildung entsprechende, gesicherte Lebensstellung zu erringen. Er ist von Jugend auf mit der conträren Sexualempfindung behaftet. Der normalen sexuellen Gefühlen baar, empfindet er einen angeborenen Trieb zum männlichen Geschlechte. Sein perverser Hang zieht ihn ausschliesslich zur wollüstigen Benutzung nicht erwachsener Knaben hin, während ihn männliche Individuen nach der Pubertätsentwicklung ohne Theilnahme lassen. Er folgt seinem Triebe, wenn es ohne Gefahr geschen kann, weiss sich aber sonst zu beherrschen, und es gelingt ihm auch thatsächlich, lange Jahre hindurch an einem Conflict mit

dem Gesetz vorbei zu kommen. Ein ungewöhnter kleiner Excess in Alcoholicis führt diesen Conflict aber doch endlich herbei. Er schildert es sehr gut, wie er in Folge des Alcoholgenusses die Besonnenheit verliert, so dass er auf offener Strasse seinem unglückseeligen Triebe widerstandslos nachgiebt, und es ihm erst bei seiner Verhaftung klar wird, was er eigentlich gemacht hat.

Die forensische Würdigung unseres Falles in Bezug auf das begangene Delict scheint mir daher keine besonders schwierige zu sein, und ich glaube mich der richterlichen Auffassung anschliessen zu dürfen, wonach dem M. die freie Willensbestimmung zur Zeit der That wegen einer krankhaften Störung der Geistesthätigkeit abgesprochen wurde, und mithin die Wohlthat des § 51 des Strafgesetzbuches auf ihn Anwerdung fand. Es handelt sich ja um einen Menschen, welcher so zu sagen auf der Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Geistesstörung steht, bei dem eine, gewiss nicht absichtlich herbeigeführte, Schädlichkeit genügt, das seelische Gleichgewicht vollständig in Unordnung zu bringen. Es ist zweifellos auch berechtigt, dass M. zur weiteren Beobachtung und Behandlung einer Irrenanstalt übergeben wurde; doch ist es eine andere Frage, ob derartige Individuen dauernd und ob mit conträrer Sexualempfindung Behaftete schon allein wegen ihres perversen Triebes in eine geschlossene Irrenanstalt gehören. Ich glaube diese Frage mit Nein beantworten zu müssen. Gewiss wird die Beurtheilung derselben von den Verhältnissen des jedesmaligen Falles abhängig zu machen sein, aber so lange man die Ueberzeugung haben darf, dass ein mit conträrer Sexualempfindung Behafteter in einer Geistesverfassung sich befindet, die ihm die Beherrschung seines abnormen Triebes gestattet und es ihm ermöglicht, die Folgen seiner bezüglichen Handlungen zu erkennen, so lange dürfte keine Berechtigung vorhanden sein, ihn der Freiheit und dem öffentlichen Leben zu entziehen. So finden wir bei M., ausgenommen jene vorübergehende Episode, keine Anhaltspunkte dafür, dass bei ihm eine wirkliche Geistesstörung besteht. Er versteht sich durchaus korrect zu äussern, ist sich der Abnormität seines Triebes bewusst und weiss auch, dass er unter für ihn normalen Verhältnissen wohl in der Lage ist, diesen seinen Trieb zu beherrschen. Es erscheint daher auch billig, dass er, nachdem dies erkannt, aus der Anstalt entlassen wurde.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, einige allgemeine Bemerkungen über die forensische Begutachtung der an conträrer Sexualempfindung leidenden Menschen folgen zu lassen.

Unser sittliches Bewusstsein kann wohl kaum etwas ärger empören, als wenn wir wissen, dass der nicht erwachsenen Jugend in so verwerflicher Weise nachgestellt wird. Unser Rechtsgefühl fordert es, dass derartige Verbrechen zur strengen Ahndung gebracht werden. Dabei ist jedoch die medizinische Wissenschaft gerade in unseren Fällen auf Grund ihrer Kenntniss von dem organischen Bedingtsein dieser Anomalien verpflichtet Gehör zu verlangen. Eben weil wir wissen, dass wir es in den meisten derartigen Fällen mit cerebral abnorm organisirten Individuen zu thun haben, welche auch der Erfahrung

nach leicht in wirkliche Geistesstörung verfallen, dürfen wir ihre Handlungen nicht mit dem Massstabe messen, den wir bei Vollsinnigen anzulegen pflegen. Wenn wir auch nicht Anlass haben von einer aufgehobenen Zurechnungsfähigkeit zu reden, so dürfen wir die letztere doch immerhin als vermindert ansehen. Es ist daher der Wunsch berechtigt, dass auch das Strafgesetzbuch dieser Verminderung der Zurechnungsfähigkeit Rechnung tragen möge. Das grosse Publikum jedoch sowohl wie die Juristen zeigen im Ganzen wenig Neigung, Unterschiede zwischen widernatürlichen aber krankhaften Handlungen geschlechtlicher Natur und der aus baarer Unsittlichkeit hervorgehenden Päderastie zu machen: Und doch hat der Gesetzgeber im § 175 des Strafgesetzbuches jedenfalls neben der Sodomie nur die eigentliche Päderastie treffen wollen, eine Annahme, welche in den fachmännischen Erläuterungen zum Strafgesetzbuch eine starke Stütze findet. Wenn ich die Frage, ob die auf Grund von conträrer Sexualempfindung erfolgenden Handlungen der gesetzlichen Ahndung verfallen sollen, verneine, so befinde ich mich in Uebereinstimmung mit der Ansicht Stark's, welcher loc. cit. sagt: „Die mann-männliche Liebe an und für sich ist also straflos". Auch v. Krafft-Ebing spricht hinsichtlich dieses Punktes die Hoffnung aus, dass mit dem wissenschaftlichen Nachweis der vielfach pathologischen Begründung solcher Unzuchtsverbrechen die Strafgesetzgebung, wie es auch schon in andern Ländern der Fall sei, das Verbrechen der Unzucht wider die Natur auf den geschlechtlichen Verkehr mit Thieren und die Päderastie beschränken und die aus conträrer Sexualempfindung erfolgenden Geschlechtsakte unter gewissen Bedingungen nicht mehr verfolgen werde.

So lange die Befriedigung des krankhaften, perversen Triebes abseits der Oeffentlichkeit, ohne Anwendung von Zwang erfolgt, und zu ihrem Gegenstand Personen macht über 14 Jahren, und so lange sie nicht in Päderastie besteht, sollte sie Anspruch auf Straflosigkeit erheben dürfen. Zeitigt doch die gesetzlich geduldete Prostitution oft genug Handlungen, welche nicht weniger das Sittlichkeitsgefühl verletzen als die naturwidrigen, welche der mann-männlichen Liebe entspringen.

Wenn Ulrichs allerdings so weit geht, für die Urningsliebe gesetzliche Anerkennung und Gestattung der Ehe zwischen Urningen zu verlangen, so wird er keinen normaldenkenden Menschen finden, der ihm beipflichten möchte. Ulrichs übersieht eben oder will nicht sehen, dass das ein krankhafter Ausnahmezustand ist, was er für eine physiologische Erscheinung ausgiebt. Es ist und bleibt nothwendig, dass der Staatsanwalt einschreitet, sobald der Befriedigung des perversen Geschlechtstriebes unter anderen Bedingungen, als die vorstehend aufgeführten, nachgegangen wird. Sache des Untersuchungsrichters wird es sein, unter Umständen den Fall zum Gegenstand einer gerichtsärztlichen Expertise zu machen. Wenn er sich dazu verpflichtet fühlen darf, muss seinem eigenen Wissen und Gewissen überlassen bleiben.

II.

Criminelle Anthropologie und positives Strafrecht.

Von Dr. H. KURELLA,
II. Arzt der v. Ehrenwall'schen Privatanstalt in Ahrweiler.

(Schluss.)

An die Publicationen Lombroso's schlossen sich sehr bald zahlreiche Einzelarbeiten französischer und italienischer Forscher, die seine Gedanken an neuem Material nachprüften und bestätigten. Alle diese Arbeiten sind in der deutschen Ausgabe des Lombroso'schen Werks verwerthet worden, bis auf zwei neuere, von denen die eine eingehender behandelt werden muss.

Die erste behandelt ein an sich stets spärliches Material, eine Reihe von Schädeln und Gehirnen von Verbrecherinnen.*)

Auch diese Autoren fanden zahlreiche Anomalien, aber durchaus kein bestimmtes Resultat, keinen einheitlichen Verbrechertypus; zumal Schädelcapacität und Hirngewicht lassen sich nach ihren Daten im Sinne Lombroso's durchaus nicht verwerthen; 14 mal fanden sie Asymmetrie des Schädels und Plagiocephalie, 2 mal das Vorhandensein einer mittleren Hinterhauptsgrube, die Lombroso für besonders characteristisch erklärt und 7 mal Unregelmässigkeit des Foramen occipitale.

Eine viel grössere Beachtung verdienen die Untersuchungen von Marro.**)

Er verfügt über ein Material von 507 Verbrechern und 35 Verbrecherinnen, die er anthropologisch und psychologisch höchst sorgfältig untersucht, und mit 100 zweifellos ehrlichen Individuen aus denselben Gegenden Italiens vergleicht. Körperlänge und Körpergewicht geben kein verallgemeinerungsfähiges Ergebniss, die Hände der meisten Verbrecher sind länger, als in der Norm, Schädelumfang und Schädelindex haben bei Verbrechern nichts characteristisches, die Schädelcapacität, auf Grund äusserer Messungen berechnet scheint bei Verbrechern verringert zu sein, besonders für die vordere Schädelhälfte; die Stirn ist niedrig und schmal, die Kiefer dagegen sind sehr stark entwickelt. Bartlosigkeit fand M. dreizehn mal häufiger bei Verbrechern, als bei den 100 verglichenen normalen Individuen. Die übrigen Anomalien bringt M. nach ihrem (voraus gesetzten) Ursprung in drei Classen. Unter den atavistischen Anomalien fand er nur die grossen Stirnhöhlen häufiger bei Verbrechern; die übrigen hier von Lombroso genannten Merkmale, zurückfliehende Stirn, schrägstehende Augen, fanden sich fast ebenso häufig bei Normalen.

Von „atypischen" (durch embryonale Störungen erworbenen) Anomalien fand er keine als nur dem Verbrechertypus angehörig. (Hierher zählt M. Schädeldeformationen- und Asymmetrien, Schief-

*) Varaglin e Silva. Note anatomiche ed antropologiche sopra 60 crani e 42 encefali di donne criminali italiane. Torino 1886.

**) J caratteri dei delinquenti. Torino 1887.

stand der Nase, abweichende Zahnstellung, Struma, Hernien, henkelartigen Ohransatz, Strabismus). Dagegen fand er erworbene, pathologische Charaktere viel häufiger bei den Verbrechern, und in pathologischen Veränderungen des Schädels und Gehirns sieht er das wichtigste Kennzeichen des Verbrechers. Marro gewinnt aus diesen Daten keinen einheitlichen Verbrechertypus, sondern sucht für nicht weniger als elf Klassen von Verbrechern characteristische Merkmale aufzustellen. Die von Lombroso als „biologisch" bezeichneten Merkmale der Verbrecher bestätigt er, und betont besonders die Sensibilitätsstörungen und die Linkshändigkeit. Auch die psychologischen Beobachtungen fallen fast ganz mit denen Lombroso's zusammen, nur betont M. besonders den Schwachsinn der Verbrecher, und stellt die Theorie auf, dass die moral insanity bei ihnen nur das langdauernde Anfangsstadium eines Processes psychischer Degeneration ist. „Ein grosser Theil der irren Verbrecher haben anfangs nur Symptome einer moral insanity gezeigt; und es ist eine fast ausnahmslose Eigenthümlichkeit derselben, dass ihre Immoralität ein Anzeichen des pathologischen Processes war, der sich später in Störungen der Intelligenz ausspricht".

Ein besonderes Interesse verdienen ferner die Ausführungen M.'s über die Heredität des Verbrecherthums. Die Mehrzahl der Verbrecher stammt von sehr jungen oder sehr alten Eltern ab; Jugend der Eltern lässt sich am häufigsten bei Dieben, vorgerücktes Alter derselben bei Mördern nachweisen. Bei 77% seines Materials liessen sich zahlreiche pathologische Erscheinungen an den Eltern nachweisen, besonders häufig Epilepsie und Psychosen.

Den socialen Einflüssen misst M. eine geringe Bedeutung für die Entstehung der Criminalität bei, so fand er bei 79% des Materials absolute Armuth, konnte aber in keinem Falle nachweisen, dass Hunger Gewohnheitsverbrechen verschuldet hätte. Schliesslich fasst er alle einzelnen Momente zusammen unter dem Begriffe einer unzureichenden Ernährung des Centralnervensystems. Dieser sehr unbestimmte Begriff ist freilich weit verschieden von der Annahme eines anthropologisch definirbaren Verbrechertypus, und diese Annahme Lombroso's gewinnt für die naturwissenschaftliche Kritik nicht sehr viel damit, dass der eifrigste juristische Anhänger L.'s, der Neapler Staatsanwalt Garofalo, auf den ersten Blick ihm eben vorgeführte Verbrecher nach ihren physiognomischen Merkmalen einer bestimmten Verbrechercategorie mit Sicherheit zuzuweisen vermag. Neben dieser Anerkennung des physiognomischen Typus hat Garofalo jedoch sehr beachtenswerthe selbstständige Anschauungen geäussert.*) Er ist ein eifriger Anhänger der Hinrichtung gewisser Verbrechercategorieen, und zur Stütze dieser Anschauung sucht er mit grossem Scharfsinn eine Unterscheidung zwischen der moralischen Abnormität des Verbrechens, und der moral insanity aufzustellen. „Diese Unterscheidung ist für die Strafrechtswissenschaft sehr wichtig; sie giebt die Möglichkeit, die

*) Garofalo. Criminologia. Torino 1885.

Todesstrafe zu rechtfertigen, die als eine unnütze Grausamkeit erscheinen würde, wenn man die Verbrecher als Kranke und damit als unsres Mitleids würdig betrachten wollte".

Auf Grund dieser Unterscheidung nimmt Garofalo drei Classen von Verbrechern an. Die erste, durch atypische und degenerative, nicht durch pathologische Merkmale characterisirt, besitzen heftige, sonst nur bei Wilden und Kindern vorhandene Instincte, die wegen des totalen Mangels moralischer Gefühle keine Hemmung erfahren; sie begehen ohne Einwirkung eines socialen Factors, aus rein egoistischen Motiven, die schwersten Verbrechen; die Gesellschaft hat das Recht sie auszurotten. Die zweite Classe zeichnet sich durch unzureichende Entwicklung des Mitleids aus, und kommt unter den Einwirkungen ihrer sosialen Umgebung zu Verbrechen gegen die Person, die dritte besitzt das „Gefühl der Ehrlichkeit" nur in schwacher Entwicklung, und diese „moralische Neurasthenie", verbunden mit einer „physischen Neurasthenie", führt sie dazu, durch List oder Gewalt sich das Product der Arbeit anderer anzueignen.

Ihnen gegenüber hat die Gesellschaft die Pflicht, sie unter Lebensbedingungen zu versetzen, in denen sich das gehemmte Gefühl des Mitleids und der Ehrlichkeit frei entwickeln kann. Tarde, der französische Staatsanwalt, der in dieser ganzen Bewegung eine hervorragende Rolle spielt, hat vor allem versucht, die Bedeutung einzelner socialer Factoren für das Auftreten gewisser Verbrechercategorien nachzuweisen, und zwar wesentlich auf dem Wege der Statistik.*)

Für ihn existirt der psychologische Typus des Verbrechers im Sinne Lombroso's, er sucht ihn jedoch als einen Berufstypus zu erklären und stellt dem „homme criminel" den „homme artiste", „homme savant", „homme réligieüse" entgegen.

Tarde hat vor allem das Verdienst, ein sehr grosses Material von Thatsachen gesammelt zu haben, das den nach ganz andern Methoden von Lombroso gesammelten Stoff sehr wirkungsvoll ergänzt, und von einem ganz anderen Standpunct aus den Beweis giebt, dass es nicht mehr angeht, die ganze Bewegung achselzuckend zu ignoriren oder als eine Rückkehr zu antiquirten Forschungmethoden zu verwerfen. Aus den statistischen Ermittelungen ergiebt sich u. a. für Frankreich das merkwürdige Resultat, dass sich in diesem Lande in den letzten 50 Jahren die Delicte um das dreifache vermehrt, die Verbrecher um die Hälfte vermindert haben; noch schärfer tritt diese Beziehung hervor, wenn man aus der ersten Classe die Vergehen gegen das Eigenthum, in der zweiten die Verbrechen gegen die Person isolirt betrachtet.

Das „positive Strafrecht", dessen Forderungen sich an die Erforschung der Verbrecheranthropologie anschliessen, zeigt nicht so grosse Verschiedenheiten bei seinen einzelnen Vertretern, wie die Theorien über die Entstehung der Verbrechernatur. Die Hauptforderungen sind Aufhebung der Schwurgerichte, körperliche Züchtigung und Geld-

*) Tarde. La criminalité comparèe. Paris. F. Alcan 1886.

strafe bei der ersten Strafthat, ausreichende Entschädigung des Verletzten durch den Thäter und seine Familie, unbestimmte Dauer der Haft, weite Ausdehnung der Hinrichtung und lebenslänglicher Internirung. Eine Untergrabung der öffentlichen Sicherheit und eine laxe Moral wird man demnach von dem positiven Strafrecht nicht zu erwarten haben. Einen ersten Schritt zur Verwirklichung einer dieser Forderungen ist übrigens in dem Entwurf des italienischen Strafgesetzbuchs in § 48 gethan, der bei verminderter Zurechnungsfähigkeit die Unterbringung in besonderen Detentionsanstalten und die Gründung „crimineller Irrenanstalten“ anordnet.

Aus der vorstehenden Besprechung der neuen criminalistischen Schule geht hervor, dass Lombroso nach wie vor ihr unbestrittenes Haupt und ihr originellster Vertreter ist. An ihn hat demnach zunächst die kritische Sichtung dessen anzuknüpfen, was von der neuen Doctrin für die gerichtliche Psychopathologie von bleibender Bedeutung ist.

In einer Richtung erscheint nun der Typus des geborenen Verbrechers einer Interpretation bedürftig, um seinen Entdecker vor Missverständnissen zu schützen. Lombroso identificirt die Criminalität (d. h. die angeborene verbrecherische Constitution) mit dem moralischen Irresein. Hier ist die Gelegenheit zu einem Missverständniss gegeben; mit dieser Identificirung will L. nicht die Criminalität durch die noch so wenig erforschte moral insanity definiren, sondern er will umgekehrt sagen, dass von moral insanity nur die Rede sein kann, wo sein Verbrecher-Typus gegeben ist. Das moralische Irresein wird also durch die Criminalität definirt, und ein ganz neuer sehr anschaulicher und bestimmter Begriff der moral insanity gegeben.

Für Lombroso ist demnach die moral insanity nicht eine Psychose, noch weniger ein mit oder nach einer Psychose auftretender Schwächezustand, sondern der psychologische Ausdruck der criminellen Degeneration. So bringt denn auch L. den „fou moral“ in steten Gegensatz zu dem Geisteskranken und ein sehr grosser Theil seines Materials ist so gruppirt, um diesen Gegensatz auf allen der anthropometrischen und psychologischen Untersuchung zugänglichen Gebieten klar werden zu lassen.

Wenn nun Lombroso weiterhin moralischen Schwachsinn für eine blosse Spielart der Epilepsie erklärt, so findet das wie oben angedeutet, eine Hauptschwierigkeit in dem Widerspruch mit der atavistischen Erklärung der Criminalität. Sieht man in dem Auftreten atavistischer Züge jedoch nur ein untergeordnetes Element der Criminalität, so fällt dieser Widerspruch fort und es bleibt die grosse Aehnlichkeit, des „fou moral“ mit dem idiopathischen Epileptiker bestehen, eine Aehnlichk eit, die vor allem für die von Samt gegebene Schilderung epileptoider Zustände zutrifft, und ferner in der beiden Erscheinungen gemeinsamen Reihe von stigmata degenerationis hervortritt. Die ausserordentliche Häufigkeit epileptoider Typen in den Strafanstalten ist zudem ja neuerdings auch von Sommer, Knecht, Sander, Moeli und Kirn*) hervorgehoben worden.

*) s. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band 45 p. 24.

Vor allem aber muss für diese Auffassung L.'s, angeführt werden, dass Criminalität und Epilepsie hereditäre Aequivalente sind, d. h. dass sie einander in Ascendenz und Descendenz vertreten. Wenn es somit an Beziehungen zwischen Verbrecherthum und Epilepsie nicht fehlt, so sind dieselben mit einer einfachen Identificirung gewiss nicht aufgeklärt, und Lombroso hat hier nicht mehr bewiesen, als dass in dem weiten Bereich Degenerirter, die unter bestimmten socialen Bedingungen zu Verbrechern werden, die Epileptiker stark vertreten sind. Gehören doch Epileptiker in erster Linie zu den social minderwerthigen Elementen.

Die moral insanity hat bisher in der Psychiatrie und gerichtlichen Medicin nur eine geringe Rolle gespielt. Ihr unbestimmter schattenhafter Begriff schien stets paradox durch die schon im Namen ausgedrückte Annahme, es gäbe eine psychische Anomalie ausschliesslich im moralischen Gebiet; eine Annahme, die um so mehr in der Luft schwebte, als wir von der physiologischen Grundlage ethischer Gefühle, und von dem cerebralen Mechanismus sittlicher im Gegensatz zu den unsittlichen Handlungen gar nichts wussten. Suchte man hierfür bei der Psychologie Aufklärung, so fand sich als Basis sittlicher Gefühle, die allen Empfindungen und Vorstellungen untrennbar anhaftende „Gefühlsbetonung“ und es musste sehr zweifelhaft erscheinen, ob dieses Element aus den Vorstellungen verschwinden könne, ohne erhebliche Störungen in den Vorstellungen selbst d. h. ohne Störungen der Intelligenz. Eine gewisse Unabhängigkeit der moralischen von der intellectuellen Entwicklung zeigt sich freilich im Verlauf jedes Einzellebens schon durch den Gegensatz zwischen den Resultaten des Unterrichts und denen der Erziehung; ganz besonders scharf tritt das während der für die Entwicklung moralischer Gefühle, eines abgeschlossenen Characters wichtigsten Lebensepoche, der Pubertät hervor. Gerade in dieser Zeit pflegt die intellectuelle Sicherheit einen scharfen Contrast zu bilden gegen die Unsicherheit und leichte Bestimmbarkeit auf sittlichem Gebiete.

An sehr erheblichen und charakteristischen Störungen der Intelligenz fehlt es nun freilich dem fou moral Lombroso's durchaus nicht und es ist wohl noch nie ein Zustand psychischer Degeneration so erschöpfend geschildert worden. Was fehlt, sind die meisten classischen Symptome der Geistesstörung, Hallucinationen, Illusionen, Wahnideen, Bewusstseinstrübungen, Zwangsbewegungen, Stimmungsanomalien etc. mit einem Worte die Delirien, und es wird erst einer besonderen, von Lombroso nicht durchgeführten Analyse der Verbrechermerkmale bedürfen, um die ihnen zu Grunde liegenden Elementar-Störungen nachzuweisen.

Was den „fou moral“ zunächst charakterisirt, ist die Nothwendigkeit, mit der er in unserer heutigen Gesellschaft zum Verbrecher wird, und der Verbrecher ist doch als solcher zunächst durch nichts charakterisirt als durch sein Verbrechen. Vor seinem ersten Verbrechen ist er kein Verbrecher, wohin soll er nun in dieser Epoche gerechnet werden?

Hier sucht nun L. Analogien der Verbrechen schon im allerersten Kindesalter bei moralischen Idioten nachzuweisen, an einer grossen Reihe von Zöglingen öffentlicher Anstalten, Zwangserziehungs- und Waisenhäusern, wie an Beobachtungen aus sonst normalen Familien. Indess ist es zweifelhaft, was sittliche Defecte in einem Lebensalter bedeuten können, das erst vor den Anfängen der Entwickelung sittlicher Gefühle und Begriffe steht.

Aber auch der Verbrecher im Sinne des Strafrechtes kann toto coelo verschieden sein von dem Gelegenheits- sowohl wie von dem rückfälligen Gewohnheitsverbrecher.

In Zeiten religiöser, politischer und socialer Erregungen fallen ganze grosse Categorien von Handlungen unter den Bereich des Strafrechtes die als Verbrechen im psychologischen Sinne nicht gelten können. Man kann sie am treffendsten als Vergehen gegen sociale Autoritäten und Formen bezeichnen.

Hexen und Ketzer, die aristokratischen Opfer der Revolutions-Guillotine, die zahlreichen Journalisten und Geistliche, die zur Zeit des Culturkampfes die Gefängnisse füllen halfen, waren wohl Gegenstände der Strafe, aber keine Verbrecher. Für eine bestimmte Abgrenzung des Begriffes Verbrecher, bedarf es also zunächst eine Feststellung dessen, was unter „Verbrechen“ verstanden werden soll.

Es giebt nun eine grosse Zahl von Handlungen, die entweder aus pathologischen Aenderungen normaler Triebe, oder aus atypischen pathologischen Trieben hervorgehen. Das einfachste Beispiel solcher Triebe ist der perverse Geschlechtstrieb und die mit dem normalen Geschlechtstriebe verbundenen Impulse zu blutigen Verletzungen, die bekanntlich von einfachen Bissen bis zu raffinirt scheusslichen „Lustmorden“ und Canibalismus variiren können; dem Verbrecher aus normalen Trieben stehen die aus pathologischen Affecten nahe, wie sie meist als transitorische Manie beschrieben werden. Neben der grossen Gruppe der Affect- und Trieb-Verbrechen stehen die Verbrechen aus socialer Unzulänglichkeit. Hier ist das Verbrechen nicht die unmittelbare Folge abnormer Impulse, sondern der die Degeneration begleitende Schwachsinn lässt es nicht zur Entwicklung einer selbstständigen Persönlichkeit mit moralischen Gefühlen und der Fähigkeit einer geordneten Lebensführung kommen.

Richten die Verbrechen erster Art sich gegen die Person, so handelt es sich bei der zweiten Gruppe wesentlich um Verbrechen gegen das Eigenthum; die sehr grosse Zahl Schwachsinniger, die keiner andauernden Arbeit gewachsen sind und keinerlei technische Fähigkeit erwerben können, verfallen, wenn sie der besitzlosen Classe angehören, nothgedrungen je nach dem Grade des Schwachsinnes und der Richtung ihres Trieblebens in chronisches Verbrecherthum, das von einfacher Vagabondage mit gelegentlichen kleinen Diebstählen bis zu berufsmässigen Einbruchs-Diebstählen und Strassenräuberthum variiren kann.*)

*) Die socialen und psychologischen Momente, die den Schwachsinnigen in die Verbrecherlaufbahn treiben, sind erst neuerdings von Moeli (Ueber irre Verbrecher p. 105—110) in treffender Weise geschildert worden.

Innerhalb der ersten Gruppe ist es bisher nur für die Anomalien des Sexualtriebes gelungen, bestimmte psychische Typen abzugrenzen; die scharfen somatischen und psychischen Merkmale, die Lombroso für einige Verbrecherspecialitäten, wie Giftmischer, Stupratoren, Brandstifter aufstellt, machen es aber im Interesse der Haltbarkeit seiner Lehre sehr wünschenswerth, dass es der weiteren Forschung gelinge, bestimmte Anomalien physiologischer Triebe und ganz atypische Triebe nachzuweisen, die zu bestimmten Verbrechen prädisponiren.

Im Princip erinnert dieses Streben freilich in bedenklicher Weise an gewisse ältere Beobachtungen über sogenannte Monomanien, und man mag, wenn man will, darin das Zeichen eines Rückschritts sehen.

Es ist aber bei Erörterung der kephalometrischen Merkmale des Verbrechers dargelegt worden, wie unbestimmt der allgemeine Typus des Verbrechers charakterisirt ist, und für die psychologischen Merkmale gilt das, besonders unter Berücksichtigung der Befunde Marro's und der sehr gut begründeten Theorie Tarde's von der späten Erwerbung dieser Merkmale unter dem Einfluss der äusseren Lebensbedingungen, noch in höherem Grade.

Somit ist die Existenz eines allgemeinen alle speciellen Formen des Verbrecherthums umfassenden Typus des „delinquente nato" in Frage gestellt und er muss im Laufe weiterer Einzeluntersuchungen stehen oder fallen. Was bleibt dann aber als Resultat der L.'schen Untersuchungen noch bestehen? Fortdisputiren kann man die ungeheuere Masse der von ihm gesammelten Thatsachen, besonders der morphologischen, nicht. Es kann nicht als Zufall betrachtet werden, dass die erste umfassende Untersuchung der Strafanstalts-Bevölkerung 40—60% abnormer Individuen nachgewiesen hat, um so weniger, als sich dieselben Anomalien bei den Verbrechern aller Culturvölker wiederfinden. Lässt sich auch aus diesem Material kein unanfechtbarer allgemeiner Typus des Verbrechers gewinnen, so sind die Anomalien doch auch kein Novum mehr, es handelt sich um durchaus dieselben Befunde, die bisher als Degenerationszeichen beschrieben und zuerst von Morel zu einer einheitlichen Gruppe zusammengefasst worden sind.

Die Bedeutung dieser Befunde als Merkmale psychischer Degeneration kann nach den Untersuchungen Morel's nicht mehr bezweifelt werden; so unverständlich es auch noch ist, in welcher Beziehung Schädeldeformitäten, Henkelohren, Gesichtsasymmetrien, Hernien, Hypo- und Epispadien etc. zur psychischen Degeneration stehen. Gewiss giebt uns unsere heutige Kenntniss der Hirnfunctionen noch nicht die causale Kette, welche Schädelanomalien mit moralischem Schwachsinn verknüpft, aber eine derartige lückenlose Causalreihe giebt es für keine Frage der Hirnpathologie. So schwer sollte es trotzdem nicht zu begreifen sein, dass ein in abnormem Schädel steckendes Gehirn seine complicirtesten Functionen nie voll entwickeln kann. Der Terminus „Degeneration" leidet an einer Unbestimmtheit, die sich heute weder anatomisch noch physiologisch aufklären lässt; er erhält aber auf Grund der Lombroso'schen Forschungen eine ganz bestimmte practische Bedeutung durch den Nachweis, dass die grosse Mehrzahl der

Degenerirten social unzulänglich sind, und dass diese sociale Unzulänglichkeit das degenerirte Individuum zu einer eminenten socialen Gefahr macht. Der Degenerirte ist ein antisociales*) Wesen und die Gesellschaft muss sich gegen ihn schützen.

Sie hat das bisher in doppelter Weise gethan. Begeht der Degenerirte ein Verbrechen so verfällt er dem heutigen Strafrecht. Zeigt sich seine Minderwerthigkeit in auffallenden, intellectuellen Störungen, so fällt er der Irrenanstalt anheim.

Zwischen diesen extremen Fällen liegt das Gebiet der verbrecherischen Irren und der irren Verbrecher, die Strafanstalten und Irrenanstalten sich gegenseitig zuschieben, und deren Versorgung neuerdings in Deutschland so eifrig discutirt worden ist.**)

Es ist unzweifelhaft nur die Gemeinfährlichkeit der Geisteskranken, die zu einer staatlichen Irrenfürsorge geführt hat. Man hat aber bis auf Lombroso übersehen, dass die Gefährlichkeit der Degenerirten unendlich grösser ist, als die der acuten oder chronischen Irren. Die Schutzmaassregeln gegen das antisociale Verhalten der Degenerirten, wie sie der moderne Strafvollzug bietet, sind unzureichend; wer das bezweifelt, der möge die Statistik der Verbrechen im wiederholten Rückfalle studiren.

Es ist nicht die Aufgabe der naturwissenschaftlichen Forschung ein „positives Strafrecht“ zu entwerfen; sie kann nur die thatsächlichen Unterlagen für derartige legislatorische Aufgaben liefern. Dem darf sie sich aber nicht mehr entziehen, seidem Lombroso ihr die Anregung dazu gegeben hat. Es wäre thörichter Optimismus, zu glauben dass der criminellen Anthropologie die entsprechende Gesetzgebung nun bald folgen müsse. Wenn nun aber auch die Gerichte diese Ideen zunächst ignoriren dürfen, so darf das die gerichtliche Medicin nicht thun.

Es ist noch immer eine offene Frage ob der Gerichtsarzt im gegebenen Falle auf die Beurtheilung der Zurechnungsfähigkeit eingehen soll. Auf dem Wege der Argumentation ist diese Frage schwerlich

*) Der Ausdruck stammt von Maudsley.

**) Bei der heutigen Lage dieser Verhältnisse besteht übrigens die paradoxe Thatsache, dass gerade die gefährlichsten Irren, wenn sie Gegenstand gerichtlicher Untersuchung geworden sind, nicht unschädlich gemacht werden. In den zahlreichen Fällen wo ein verbrecherischer Geisteskranker nach § 81 der Strafprocessordnung einer Irren-Anstalt zur Beobachtung übergeben ist, verliert die Staatsanwaltschaft sofort das Interesse an dem Schicksal des Kranken, wenn seine Unzurechnungsfähigkeit als bewiesen gilt. Die Anstalt, deren Mandat mit der gesetzlichen Frist von 6 Wochen abläuft, muss diese eminent gefährlichen Kranken in den sehr häufigen Fällen entlassen, wo von Seiten der, oft einer anderen Provinz angehörigen sustentationspflichtigen Gemeinde, ein Antrag auf Aufnahme nicht vorliegt. Jedenfalls aber fehlt für diesen Fall eine gesetzliche Regelung. Thatsächlich erfüllt das Irrenwesen in Preussen in diesen allerdringendsten Fällen seine die Gesellschaft schützende Function nicht; bestände eine staatliche Central-Instanz für das Irrenwesen, so wären solche an's absurde streifende Vorkommnisse nicht möglich.

zu beantworten und sie wird wohl nur durch positive Zusatz-Bestimmungen zur Strafprocess-Ordnung zu erledigen sein.

Bei einem acut oder chronisch Geisteskranken wird der Sachverständige auch unter Umgehung dieser Frage leicht den Nachweis führen können, dass die incriminirte That unter dem Einfluss einer Wahnidee, einer Hallucination oder einer Bewusstseinsstörung ausgeführt worden ist und damit dem Richter durchaus hinlängliches Material geben.

Ganz anders liegt es aber, wenn ein Fall von moral insanity, d. h. eine Verbrechernatur, zu begutachten ist; der Nachweis des Mangels moralischer Gefühle bei einem Angeklagten wird den Richter wohl nie zur Einstellung des Verfahrens bestimmen; die Aufgabe des Sachverständigen wird hier darin bestehen, den Grad des stets vorhandenen Schwachsinnes genau darzulegen und nach der Erweiterung der Untersuchungsmethode durch Lombroso wird das in Zukunft erheblich leichter sein, als bisher. Neben dieser Aufgabe wird in einem solchen Falle dem Gerichtsarzte das Onus obliegen, sich über die Zurechnungsfähigkeit zu äussern und sein Urtheil darüber aus dem nachgewiesenen Schwachsinn zu deduciren. Hat man sich einmal überzeugt dass die Mehrzahl der Verbrecher degenerirt und schwachsinnig ist, so ist es klar, dass der Staat durch diese Thatsachen vor ganz neue Aufgaben gestellt ist.

Ehe diese Aufgaben aber gelöst sind, werden Schwachsinnige in zahllosen Fällen forensisch begutachtet werden müssen, und die Aenderung der gerichtlich-medicinischen Gesichtspunkte erfordert auch eine Aenderung im Tenor sachverständiger Gutachten.

So anfechtbar auch logisch genommen der Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit sein mag, die grosse Mehrzahl der schwachsinnigen Verbrecher wird unter diese Categorie gebracht werden müssen so lange die Strafgesetze die Zurechnungsfähigkeit mit dem Vorhandensein der „freien Willensbestimmung“ indentificiren, denn beim Schwachsinnigen unterbricht kein Zustand von Bewusstlosigheit oder Störung der Geistesthätigkeit den Mechanismus der Willenshandlung, wohl aber ist ein Element dieses Mechanismus, das moralische Gefühl, nur in verringerter Stärke vorhanden. Neben diesen formellen Gründen für die Zulassung der verminderten Zurechnungsfähigkeit giebt es dafür aber auch sachliche Gründe. In sehr vielen Fällen mässigen Schwachsinns ist die Erziehung unter einer verbrecherischen Umgebung, die Gewöhnung an eine antisociale Lebensführung ein mächtigerer Impuls zur Entstehung von Verbrechernaturen, als der etwa vorhandene Grad angeborener Criminalität.

Gerade unter den Eigenthumsverbrechern und Prostituirten grosser Städte überwiegt die Zahl der jugendlichen Individuen, die sicher dem chronischen Verbrecherthum verfallen, wenn sie wieder und wieder in's Gefängniss wandern und die auf der anderen Seite unter der humanen Disciplin und den geringen Arbeitsanforderungen der Irrenanstalt nicht zu leistungsfähigen Mitgliedern der Gesellschaft werden können. Hier giebt die Annahme der verminderten Zurechnungsfähig-

keit die Handhabe zu einer Versorgung, die wirklich verbrecherische Naturen dauernd unschädlich macht, besserungsfähige aber eines Tages der Gesellschaft als leistungsfähige Mitglieder zurückgiebt. Es lässt sich für diese Fälle auch unmittelbar an § 56 des Strafgesetzbuches anknüpfen, der für strafbare Handlungen, die zwischen dem 12. und 18. Jahre begangen werden, die Zwangserziehung bis zum vollendeten zwanzigsten Lebensjahre zulässt.*)

Es wäre ein erster Schritt auf der von Lombroso gewiesenen Bahn zur Bekämpfung des Verbrecherthums, wenn diese Gründe in unserer forensischen Praxis zur Anerkennung der verminderten Zurechnungsfähigkeit führten.

II. Referate und Kritiken.

680) **F. Hefftler****): Die Windungen des menschlichen Gehirns und ihre Beziehungen zum Schädeldache. (J. D. St. Petersburg 1873.) (Russisch.)

Der Mangel an bezüglichen Arbeiten über das im Titel angeführte Thema veranlasste Verf. auf Anregung und unter Leitung des Prof. Landzert dasselbe zu bearbeiten und zwar 1870; es waren eben nur Untersuchungen von Bischoff über das Verhältniss der Hirnnähte zu den einzelnen Gehirnlappen vorhanden.

Nach einem historischen Ueberblicke über die Versuche, in das Gewirr der Gehirnwindungen Klarheit zu bringen, nimmt Verf. die Eckert'sche Terminologie, weil am anschaulichsten, als Grundlage seiner Untersuchungen an, beschreibt dann den bekannten Lucae'schen Zeichenapparat und seine eigene Methode, das Gehirn zum Abzeichnen zu präpariren. Nach Abtrennung des Schädels mit dem Halse vom Rumpfe und Abscheeren der Haare wurde in beide Carotides internae mittelst Canüle eine Flüssigkeit eingespritzt, welche aus $^1/_2$ Pfd. Zinkchlorid, 10 Pfd. Spiritus von 76%, 2 Pfd. Glycerin und $^1/_4$ Pfd. Carbolsäure bestand. Sobald der Ausfluss von Blut aus den Venen aufgehört, wurden alle Adern und die Weichtheile des Halses unterbunden, der Wirbelcanal mit einem Holzkeile verstopft und die Injection fortgesetzt; gewöhnlich genügen $3^1/_3$—3 Spritzen (circa 1 Pfd.) der Flüssigkeit zur Balsamirung des Kopfes. Dieser so präparirte Kopf wurde bis zum folgenden Tage stehen gelassen und dann in einem besonders dazu eingerichteten Kasten in Gyps eingegossen. Nach Erhärtung des Gypses wurde von dem in Seitenlage fixirten Kopfe dessen obere Hälfte von der Masse befreit, unter den Lucae'schen Tisch gestellt, die Contouren des Kopfes abgezeichnet und mit Tusche auf durch-

*) Man vergleiche für diese Frage die Ausführungen Moeli's l. c. pag. 170—180.

**) Das in Nro. 13 und 14 dieses Centralblattes enthaltene Referat über die Arbeit von Horsley bewog Ref. die sehr viel älteren, aber wenig gekannten Untersuchungen von Dr. Hefftler auszüglich zu geben.

sichtiges Papier übertragen. Darauf wurden Haut und Weichtheile der freien Kopfhälfte abpräparirt und dann die Contouren des Schädels mit seinen Nähten abgezeichnet. Diese zweite Zeichnung wurde auf die erste übertragen und da der Kopf in derselben Stellung fixirt blieb, so entsprachen die Contouren beider Zeichnungen einander vollkommen. Nach Durchsägung der entblössten Schädelhälfte und Entfernung der Hirnhäute wurden die Furchen und Windungen mit Blaustift auf die zweite Zeichnung eingetragen. In derselben Art wurden die Köpfe resp. Schädel von vorn, von hinten und von oben gezeichnet. Auf diese Weise wurden 10 Köpfe, 6 männliche und 4 weibliche Schädel im Profil, 10 (7 männliche und 3 weibliche) von vorn und 10 (8 männliche und 2 weibliche) von hinten gezeichnet.

Die vom Verf. angewandte Methode hat 2 Mängel, erstens, dass sich das Gehirn trotz des angewandten Glycerins, zuweilen selbst bedeutend, zusammenzieht und zweitens, dass beim Durchsägen der Kopf sich, wenn auch unbedeutend verschiebt, wodurch die dritte Zeichnung nicht immer mit der zweiten zusammenfällt. Es haben aber diese Mängel keine grosse Bedeutung, da die Fehler immer unter gleichen Bedingungen gemacht wurden.

In der nun folgenden Darstellung beschreibt Verf. die einzelnen Furchen und Windungen und deren Verhältniss zum Schädeldach. Da diese genügend bekannt sind, so übergeht sie Ref. und theilt die Methode des Verf. mit, die Windungen des Gehirns auf dem Schädel zu projiciren.

Zuerst wird eine Linie quer auf der Stirn in der Mitte zwischen der Nasennaht und einer, die obern Ränder beider Augenhöhlen verbindenden Linie gezogen und nach aussen, parallel und 6 Mm. höher mit dem oberen Rande der Orbita gezogen, dann geht die Linie, dort wo sie den Anfang der linea semicircularis scheidet, 1,6 Ctm. weit nach unten oberhalb des Winkels des Jochbeins und zieht sich, dem Jochbogen sich nähernd bis zu einer, dem Unterkiefergelenk entsprechenden Stelle, von wo sie, sich leicht erhebend, beinahe in gerader Richtung bis zum tuber occipitale externum geht. Eine Vereinigung dieses Punktes in der Richtung der grauen Mittellinie des Schädels mit dem Ausgangspunkte oberhalb der Nasennaht giebt den vollständigen Contour der äussern Hemisphärenoberfläche.

Jetzt werden die 3 Hauptfurchen eingezeichnet, die Sylvi'sche, die centrale und die parieto-occipitalis. Zuerst wird der anfängliche seitliche Theil der Fissura Sylvii vom Rande der Hemisphäre bis zur Vereinigung der sutura squamosa mit dem grossen Flügel des os basilare schräg von vorn nach hinten und oben aufgetragen, dann der vordere Ast der Furche 2 Ctm. lang nach oben und ein wenig nach vorn und der hintere auf dem vorderen oberen Theil der sutura squamosa nach hinten zu und ein wenig nach oben bis zur linea semicircularis. Für die Centralfurche zieht man eine Linie von der sutura sagittalis 4,8 Ctm. lang nach hinten von der sutura coronaria, nach unten und vorn bis zum horizontalen Aste der Sylvi'schen Furche 2,8 Ctm. nach hinten der Kreuznaht. Die fissura parieto-occipitalis wird

auf dem Vereinigungspunkte der Pfeil- mit der Lambdanaht 2,5 Ctm. lang aufgebrochen. Dann zeichnet man zuerst die senkrechte Stirnfurche auf, von dem horizontalen Aste der Sylvi'schen Furche beginnend, in der Mitte zwischen ihrem aufsteigenden Aste und der Centralfurche, parallel mit letzterer nach oben, fast bis zur Pfeilnaht. Von ihr ausgehend in der Richtung nach vorn zur linea semicircularis zeichnet man die untere Stirnfurche. Dann zieht man eine Linie vom obern Theil des sulcus praecentralis, 2,5 Ctm. nach aussen von der Pfeilnaht nach vorn und unten bis zum vordern Rande des Gehirns, welche einem leicht geschwungenen nach aussen convexen Bogen beschreibt und sich allmählig der queren Mittellinie der Stirn nähert, so dass ihr unteres Ende 1 Ctm. von letzterer entfernt ist, worauf alle Furchen und Windungen der Aussenfläche des Stirnlappens aufgezeichnet sind.

Um die Windungen des Scheitellappens zu erhalten, wird zuerst der sulcus postcentralis aufgezeichnet. Man zieht am untern Ast der Sylvi'schen Furche, 1,5—2 Ctm. hinter dem untern Ende der Centralfurche eine Linie parallel dieser nach hinten und oben, beinahe bis zur Pfeilnaht, zieht dann von der Mitte dieser Linie einen nach aussen convexen Bogen, welcher ungefähr 0,5 Ctm. vom äussern Ende des sulcus parieto-occipitalis vorbeigeht und, die Lambdanaht schneidend, in dem sulcus occipitalis transversus 2,5 Ctm. lang endigt; letzteren zeichnet man 1,5 Ctm. hinter dem sulcus parieto-occipitalis. Auf diese Weise erhält man den sulcus interparietalis, der noch übrig bleibende sulcus temporalis superior wird der Art dargestellt, dass man eine, 1 Ctm. unterhalb des Anfangs des horizontalen Astes der Sylvi'schen Furche beginnende Linie zieht, welche anfangs mit dieser parallel zieht, später etwas hinter sie rückt und zuletzt nach oben beinahe bis zum sulcus interparietalis geht. Zwischen dem hintern Ende dieses sulcus temporalis superior und dem Ende des horizontalen Astes der Sylvi'schen Furche wird der sulcus interlobularis und erhalten damit alle Furchen und Windungen des Schädellappens.

Zeichnet man den sulcus temporalis medius in der Mitte zwischen der obern Schläfenfurche und dem Rande der Hemisphäre, parallel zu ersterer, so erhalten wir die 3 Schläfenwindungen.

Von den transversalen Hinterhauptsfurchen bildet die obere eine Fortsetzung des sulcus interparietalis, die untere geht am Rande der Hemisphäre zur mittlern Schläfenfurche; zieht man diese Linien so erhält man alle Windungen des Occipitallappens. Bezeichnet man schliesslich das Verhältniss der Insel zur sutura squamosa, zur sutura sagittalis und zum Rande der Orbita, so erhält man ein volles und annähernd richtiges Bild des Verhältnisses aller Furchen und Windungen der Gehirnoberfläche zum Schädeldache.

Hinze (St. Petersburg).

681) **Robert Maguire** (London: A case of idiopathic suppuration of the spinal dura mater. (Ein Fall von idiopathischer Suppuration der dura mater medullae spinalis.) (The Lancet. 7. Juli 1888.)

M. theilt einen durch mancherlei Umstände und durch die Necropsie festgestellten Fall von idiopathischer Entzündung der dura mater med. spinal. mit, der in anatomischer und klinischer Hinsicht ein besonderes Interesse darbietet.

In ersterer insofern, als sich jener Krankheitsprocess nicht auf die dura cerebri fortgepflanzt hatte, was jedenfalls daher rührte, dass die Anheftung der dura der Medulla an die oberen Halswirbel eine viel festere ist, als an anderen Stellen, und als, was die klinische Seite betrifft, intra vitam copiöse Schweisse die Haut bedeckten, die Temperatur sehr hohe Grade erreichte und die Extremitäten eine blaue Färbung zeigten, Symptome, welche auch Spencer in einem derartigen Falle beobachtet hat. Pauli (Köln).

---

682) **Koch** (Kopenhagen): et **Marie** (Paris): Contribution à l'étude de l'hémiatrophie de la langue. (Revue de médecine 1. 1888.)

Verf. berichten über einen auf der Charcot'schen Klinik beobachteten Fall von halbseitiger Zungenatrophie bei einem 35 jährigen Tabiker. Pat. bot zur Zeit der Beobachtung, 8 Jahre nach Beginn der Erkrankung, ausser den gewöhnlichen Erscheinungen der tabes dorsalis eine Muskelatrophie der oberen Extremitäten dar, welche besonders links ausgesprochen war, und eine Atrophie der rechten Zungenhälfte. Pat. wurde durch letztere weder im Sprechen noch im Schlucken gestört; während die Zungenspitze beiderseits zitterte, zeigte sich weiter nach hinten die gesunde Hälfte von Zittern frei. Chinin wurde rechts nicht so wohlgeschmeckt wie links, sonst war der Geschmack normal. Der rechte oculomotorius ist partiell gelähmt; es besteht ein peinigender laryngealer Husten; das Gehör hat besonders rechts stark abgenommen. Tod in einer Laryngealkrise.

Bei der Autopsie fand sich neben anderen tabischen Veränderungen eine Umwandlung der rechten Zungenhälfte in Fettgewebe, eine complete Degeneration des rechten Hypoglossus, sowie eine starke Atrophie des rechten Hypoglossuskerns und accessorischen Hypoglossus-Kernes (Duval); natürlich sind auch die Wurzelfasern des Hypoglossus degenerirt.

Verf. berichtet weiter über 6 Fälle von Hemiatrophie der Zunge bei Tabes, 2 Fälle bei allgemeiner Paralyse, 1 Fall nach Scharlach. In 6 anderen Fällen war 4 mal Syphilis anatomisch nachzuweisen und ist die Hemiatrophie hier als ein Zeichen von bulbärer Syphilis anzusehen. Nur ein einziger Fall von plötzlichem Auftreten einer Zungenatrophie, wahrscheinlich auf Grund einer Bulbärhaemorrhagie wird erwähnt.

Das klinische Bild ist fast immer dasselbe: die atrophirte Seite ist weich, schlaff, von Furchen durchzogen; nimmt man sie zwischen die Finger, so bleibt sie auch bei Bewegungen weich. Alle Bewe-

gungen sind in befriedigender Weise ausführbar, mit Ausnahme des Bildens einer Rinne. Die Zungenspitze weicht immer nach der atrophischen Seite ab. Keine Störungen des Sprechens, Kauens, Schluckens werden beobachtet. Sensibilitätsstörungen fehlen regelmässig. In den meisten Fällen ist, was besonders bemerkenswerth erscheint, eine Lähmung des gleichseitigen Gaumensegels und Stimmbandes vorhanden. Letzteres constante Vorkommen führt Verf. zu der Hypothese dass, wie Zunge, Pharynx und Larynx ganz zusammenwirken, so auch zwischen den motorischen Centren für die entsprechenden Muskeln nicht einfach eine Nachbarschaftsbeziehung, sondern eine direktere Verbindung bestehe.

Bemerkenswerth ist das Fehlen von Facialislähmung in allen Fällen von Zungenatrophie.

Hinsichtlich der Differentialdiagnose zwischen der bulbären Hemiatrophie der Zunge und der auf Grund einer peripheren Hypoglossuserkrankung entstandenen, weisen Verff. auf die Wichtigkeit der Stimmband- und Gaumenlähmung hin, was immer für den bulbären Sitz der Erkrankung spricht. Strauscheid (Bendorf).

---

683) **Pitres et Vaillard** (Bordeaux): Un cas de paralysie générale spinale antérieure subaiguë suivi d'autopsie. (Ein Fall von Poliomyelitis anterior subacuta. (Le Progrès médic. 1888. 35.)

Ein völlig unter dem Bilde obengenannter Affection verlaufender Fall von degenerativer Polyneuritis, dessen Autopsie ganz unerwarteter Weise den Befund der letztgenannten Erkrankung ergab. Ein 43 jähriger Soldat — Mutter geisteskrank, Vater und ein Bruder arthritisch — erkrankte bald nach einer heftigen Erkältung, die mit gastrischen Symptomen verlief, mit Schwäche der Extremitäten, die allmählig zunehmend innerhalb 6 Wochen zu völliger Lähmung derselben mit dem rechten Arm beginnend, sich auf den linken und dann auf die Beine fortsetzend, — führte. Daneben entwickelte sich eine diffuse Muskelatrophie mit Verlust der faradischen Erregbarkeit. Die Sensibilität blieb völlig normal in allen Graden, die Function der Sphincteren war erhalten. Reflexe? Nach 8 Monaten Tod an Pneumonie.

Die Untersuchung des Rückenmarks ergab in den Vordersträngen und den äusseren Parthien der Hinterstränge nicht die geringsten Veränderungen, nur in den Seitensträngen sowie den Goll'schen Keilsträngen war eine geringe Wucherung des Bindegewebes mit Vermehrung der Kerne nachweisbar. Dagegen liessen die peripheren Nerven der Extremitäten die Veränderungen der degenerativen Neuritis in vorgeschrittenem Masse erkennen, die nach dem Centrum zu geringer wurden, doch in den vorderen und hinteren Wurzeln noch deutlich sichtbar waren, wenn auch hier die Zahl der gesunden Fasern die der erkrankten bedeutend überwog. Dass die periphere Neuritis durch die leichten medullären Veränderungen bedingt sei, ist nicht anzunehmen; denn die Erscheinungen sind in den Wurzeln und grossen Nervenstämmen viel weniger ausgeprägt als in den vom Centrum am Weitesten entfernten Parthien, ausserdem sind die sensiblen Nervenfasern

in gleicher Weise ergriffen wie die motorischen; es ist vielmehr wahrscheinlich, dass die gleiche toxische oder infectiöse Schädlichkeit beide, die Rückenmarksaffection wie die Polyneuritis, zu Stande gebracht hat. Die klinischen Erscheinungen lassen sich völlig durch die Polyneuritis erklären, nur ist es eigenthümlich, dass bei der schweren Erkrankung der sensiblen Fasern Schmerzen oder Störungen der Sensibilität in keiner Weise auftraten.

Holtermann (Sachsenberg).

---

684) **F. Tuczek**: Ueber die nervösen Störungen bei der Pellagra (nach eignen Beobachtungen). (Dtsche Medicin. Wochenschr. 1888 Nro. 12.)

Verf. studirte in Italien ein Material von 309 Pellagrakranken in ihren verschiedenen Graden und Stadien.

Der Beginn der Erkrankung, der meist auf das Frühjahr fällt, zeigt sich in Magendarmerscheinungen, allgemeiner Muskelschwäche, gemüthlicher Depression und dem häufig damit einhergehenden Erythem an den entblössten Körperstellen. Nach eintretender Genesung recidiviren alle Erscheinungen im nächsten Frühjahr, bis endlich nach wiederholten Pellagraanfällen das Bild der pellagrösen Geisteskrankheit zurückbleibt.

Die psychischen Störungen tragen ganz vorwiegend den Charakter der Melancholie mit leichterer gemüthlicher Depression und hypochondrischen Wahnideen und Selbstmordneigung bis zum melancholischen Stupor. Bei der periodischen Besserung der psychischen Zustände entwickeln sich nur selten hohe Grade des Blödsinns. Einige Male beobachtete Verf. rein maniakalische Zustände, niemals Paranoia.

Unter cerebralen Affektionen zeigten sich häufig Schwindelanfälle, seltener Zuckungen in einzelnen Gliedern vom Charakter der corticalen Epilepsie („pellagröse Anfälle"), aber keine ausgeprägten epileptiformen Anfälle, keine Sprachstörungen noch Erscheinungen von Seiten der Hirnnerven.

Paraesthesien, überaus lästiges Hautbrennen, Globusgefühl spielen eine hervorragende Rolle.

Spasmen, Crampi, übermässig starke Contractionen bei gewollten Bewegungen, Contracturen, sowie Muskelschwäche wurden vielfach beobachtet. In $^2/_3$ der Fälle fand sich Steigerung des Kniephänomens bis zu lebhaftem Patellarclonus. In den wenigen Fällen, wo es fehlte, war keine Spur von Ataxie vorhanden.

Von vasomotorischen Störungen steht ein allgemeiner Contractionszustand der Hautgefässe mit Blässe der Haut, subjectivem und objectivem Kältegefühl oben an. Zu den trophischen Störungen gehört das pathognomonische aber nicht unfehlbare Erythem — denn es giebt Pellagra sine pellagra (rauhe Haut), welches nach beträchtlicher Abschuppung verschwindet, im nächsten Frühjahr recidivirt, bis sich schliesslich Schwund des Unterhautfettgewebes und weisse Hautnarben ähnlich den Striae gravidarum herausbilden.

Anatomisch zeigte sich in 2 Fällen Degeneration des Hinterstranges, in 6 Fällen combinirte Erkrankung der Hinter- und Seitenstränge.

Eine Parallele zwischen Ergotismus und Pellagra ziehend schliesst sich Verf. der Neusser'schen Ansicht an, dass die Entwicklung einer giftigen Substanz (Glucosid) im besonders dazu vorbereiteten Darmkanal aus einer im verdorbenen Mais enthaltenen ungiftigen Vorstufe das aetiologische Moment für die Pellagraerkrankung darstelle.

J. Ruhemann (Berlin).

685) **R. Thomsen:** Zur Pathologie und Anatomie der „acuten alkoholischen Augenmuskellähmung" nebst Bemerkungen über die anatomische Deutung einiger Symptome im Krankheitsbilde der „alkoholischen Neuritis". (Berl. klinische Wochenschr. 1888. Nro. 2.)

Ein 40 j. Potator, der früher gesund war, zeigte plötzlich deliriumartige Verwirrung, lallende Sprache, Ataxie der Extremitäten und doppelseitige Ophthalmoplegia externa ohne Störung der Sensibilität und des electrischen Verhaltens der Muskeln, bei Intaktheit der Visceralreflexe. Keine Verminderung des Sehvermögens, rechts Fussklonus, lebhafte Kniephänomene. In einigen Monaten trat Heilung ein.

Verf. bezeichnet die Affection als acute alkoholische Ophthalmoplegie.

Im Gegensatz zu dem günstigen Verlauf dieses Falles wurde früher ein letaler Ausgang des Leidens gesehen. Wernicke fand bei der Section multiple kleine Blutungen in der grauen Substanz des Aquaeductus Sylvii, in den Wänden des III. und IV. Ventrikels nebst Körnchenzellen sowie Haemorrhagien der Pia mater (Polioencephalitis super. acuta haemorrhagica).

Verf. hält die bei Alcoholmissbrauch vorkommende Ophthalmoplegie für eine nucleäre Erkrankung und schliesst sich den Autoren an, die es ablehnen die Symptome der multiplen Neuritis nur auf die Erkrankung peripherischer Nerven zu beziehen.

J. Ruhemann (Berlin).

686) **J. Schwalbe:** Zur Kenntniss der apoplectiformen Bulbärparalyse. (Dtsche. Medic. Wochsnschr. 1888 Nro. 35.)

32. j. Maurer, der sich vor 5 Jahren syphilitisch inficirt hatte, fiel mitten in der Arbeit plötzlich bewusstlos um und blieb etwa einen Tag in einem komatösen Zustande, aus dem er mit vollkommener Unfähigkeit zu sprechen erwachte. Er klagte über Schwäche der l. Körperhälfte und geringe Schlingbeschwerden.

Die mimischen Bewegungen der rechten Gesichtshälfte sind völlig aufgehoben. Augenfacialis intakt. Tremor linguae, Zungenparese, Erschlaffung des Velum palatium und der Arcus palatoglossi, Erschwerung des Schlingaktes. Beiderseits besteht Herabsetzung der Hörfähigkeit, besonders aber auf dem l. Ohre, Parese des rechten Stimmbandes. Augenbewegungen und Pupillarreflexe sind intakt. Linkerseits besteht Hemiparese mit leichten ataktischen Erscheinungen; die grobe Kraft ist im rechten Arm vermindert. Sensibilität an der r. Gesichtshälfte ist

stark herabgesetzt, mässig am l. Arm und Bein. Hyperästhesie der r. Wangen- und Mundschleimhaut. Sehnenreflexe vorhanden, Romberg-'sches Phänomen fehlt. Auf antisyphilitische Behandlung erfolgt in kurzer Zeit beträchtliche Besserung der Sprache, des Gehörs, der Stimmbandlähmung u. s. w.

Verf. sieht die pathologisch-anatomische Läsion in einer durch Enarteriitis syphiltica bedingten Thrombose kleinerer Zweige der Art. basilaris resp. Vertebralis, so dass der Herd in der hinteren rechten Hälfte des Pons zwischen Facialiskreuzung und Acusticusursprung liegt, was aus der alternirenden motorischen und sensiblen Lähmung erschlossen werden kann. J. Ruhemann (Berlin).

687) **Armin Huber:** Zur Symptomatologie und Pathogenese des Morbus Basedowii. (Deutsche Medic. Wochenschr. 1888 Nro. 36.)

19 j. Plätterin, welche bis auf Bleichsuchtserscheinungen völlig gesund war, bekam vor etwa 4 Jahren nach einer Erkältung einen heftigen Flexionskrampf der l. Hand, dem sich bald Tremor derselben und einige Tage später tonische und klonische Zuckungen in dem l. Arm zugesellten. Dreivirtel Jahr später wurde sie auf Verkürzung des l. Armes und Abmagerung der l. Hand aufmerksam gemacht. Später fiel es der Pat. auf, dass sie den l. Arm nicht über die Horizontale heben konnte, und geraume Zeit nachher begann die geringfügige Struma an Umfang zuzunehmen, während sich nachher Schmerzen der Halswirbelsäule, Zittern in den Beinen, Schlafstörungen, Exophthalmus einstellten.

Abgesehen von den Cardinalsymptomen, des Morbus Basedowii Struma, Herzpalpitationen, Tachykardie, Carotidenhüpfen, beiderseitigem Exophthalmus, Graefé'schem Symptom, Flimmerskotom zeigt sich sehr lebhaftes Zittern an Armen und Beinen. Ausserdem besteht Verkürzung und Volumsabnahme des l. Armes, Atrophie des l. Deltoides, der Vorderarmmuskulatur, des Hypothenar, der Interossei und vollkommener Schwund des Thenar. Parese des l. Armes, geringer im rechten Arm. Keine Contracturen. Schwäche der Bewegung in den Beinen. Linksseitige Hemianästhesie. Patellarreflexe sind vorhanden. Körperliche und geistige Unruhe, Angstgefühl u. s .w.

Faradische und galvanische Erregbarkeit von den Nervenstämmen des l. Armes aus sind herabgesetzt; ebenso ist die direkte Erregbarkeit der atrophischen Muskeln vermindert; Entartungsreaction besteht bei Flexor digit. sublim. und Flexor minim. Die direkte Erregbarkeit der Hypothenarmuskeln und der Interrossei ist völlig geschwunden.

Im Anschluss an Charcot und Marie hält Verf. den beschriebenen Tremor als ein zum Bilde des Morbus Basedowii zugehöriges Symptom und möchte ein gleiches von der Atrophie und Lähmung der einzelnen Muskeln im Bereiche des l. Armes annehmen; alsdann ist die Annahme von centralen Veränderungen, die die grösste Aehnlichkeit mit denen der spinalen progressiven Muskelatrophie besitzen, in diesem Falle gestattet und vielleicht auch für den Morbus Basedowii überhaupt möglich (Sitz in der oblongata?).

Sehr ungewöhnlich bleibt in dem Falle die Reihenfolge des Austretens der Symptome: Tremor, Atrophie, Parese und dann erst die cardinalen Symptome. J. Ruhemann (Berlin).

688) **Souza-Leite:** Note sur un cas de maladie de Basedow. Amélioration remarquable des phénoménes de la série goitre exophthalmique sous l'influence d'une grossesse. (Ein Fall von M. B., in dem unter dem Einflusse der Schwangerschaft eine bedeutende Besserung einzelner Symptome eintrat.) (Le Progrès médical. 1888. 35.)

Der M. B. entwickelte sich im 23. Lebensjahre der Pat. und nahm während 3 Jahre allmählich an Intensität zu. (Abmagerung, Exophthalmus, Tachycardie, Schilddrüsentumor, Tremor, Sehstörungen, Nystagmus). In der zweiten Hälfte des 4. Jahres trat plötzlich eine Abnahme der einzelnen Erscheinungen auf, die nach 4 Monaten ziemlich bedeutend war. Die Zahl der Pulsschläge war von 130 in der Minute auf 90—110, die Anschwellung der Schilddrüse sowie der Exophthalmus auf ein Drittel des früheren Umfangs zurückgegangen, der Tremor war sehr gering, Sehstörungen bestanden nicht mehr, auch die Parese der unteren Extremitäten war geschwunden. Die gynäkologische Untersuchung ergab Schwangerschaft im 5.—6. Monat. Verf. steht nicht an, mit Rücksicht auf die früher von Charcot, Trousseau und Anderen veröffentlichten Beobachtungen auch in diesem Falle den Rückgang der Symptome des M. B. dem günstigen Einfluss der Schwangerschaft zuzuschreiben. Holtermann (Sachsenberg).

689) **Lloyd Francis** (Northampton): Disorders of speech in the insane. (Sprachstörungen bei Geisteskranken.)
(The Lancet. 7. Juli 1888.)

Es werden drei Fälle mitgetheilt, von welchen sich der erste dadurch auszeichnete, dass Aphasie und Taubheit, welche eine Psychose complicirten, nach Heilung derselben unverändert persistirten und erst nach längerer und zu verschiedener Zeit — erstere mehrere Monate später als letztere, aber jedesmal nach einem vorausgegangenen psychischen Insulte (Schreck), plötzlich verschwanden.

In den beiden anderen progressive Paralyse betreffenden Fällen dauerten, was C. bis jetzt noch nicht beobachtet hat, motorische Sprachstörungen bis zum Tode fort. Pauli (Köln).

Berichtigung.

In dem II. Originalaufsatz der vorigen Nummer sind zahlreiche Druckfehler stehen geblieben, die man wie folgt berichten wolle.

Seite	536	Zeile	12	von	oben	statt: gehen lies: **geben.**
„	537	„	19	„	„	„ lavirter lies: **larvirter.**
„	538	„	4	„	„	„ es lies: **so.**
„	538	„	10	„	„	„ Schädelnormalien lies: **Schädelanomalien.**
„	539	„	23	„	„	„ lebender lies: **noch während des Lebens beobachteter.**

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. **15. Oktober 1888.** **Nro. 20.**

Inhalt.

I. Originalien. Hysterische Symptome bei syphilitischen Veränderungen des Gehirnes Mittheilung aus der Beobachtungsabtheilung des Rochus-Spitals in Budapest. Von Dr. **Ernst Emil Moravcsik**, Privat-Docent und Assistent an der psychiatrischen Klinik.

II. Referate und Kritiken. **Bechterew**: Ueber die centralen Endigungen des Vagus und die Zusammensetzung des sog. Fasciculus solitarius Lenhossek des verlängerten Marks. **Bechterew** und **Mislawski**: Ueber den Einfluss der Hirnrinde auf die Speichelabsonderung. **Greidenberg**: Fall von periodischer spinaler Paralyse. **Chauffard**: Anopsie corticale. **Ballet**: Ophthalmoplegia externa bei Morb. Basedowii. **Samelsohn**: Ueber eine seltene Affection des Sympathicus. **Pugibet**: Lähmungen bei Dysenterie in den Tropen. **Stephan**: Facialislähmung bei Neugeborenen. **Pryce.** Eine gewisse bei Diabetes auftretende Hautaffection. **Tuffier**: Diabète et néoplasmes. **Féré**: Note sur les phénomènes mécaniques de la respiration chez les épileptiques. **Féré**: Verhalten des Pulses bei Epilepsie. **Féré**: Einseitige Hautkrankheit bei Epilepsie. **Vizioli**: Rythmische Zuckungen bei Hysterie. **Fischer**: Ueber Codein. **Eulenburg**: Ueber Simulo als Antepilepticum und Antihystericum. **Pitres**: Aequivalente der Jackson'schen Epilepsie. **Spitzka**: Masturbationsirresein.

III. Aus den Vereinen. I. Schweizerische Naturforscher-Gesellschaft. II. Aerztlicher Verein in Hamburg.

IV. Feuilleton. Verfahren bei Aufnahme von Geisteskranken in öffentliche und private Irrenanstalten im Grossherzogthum Baden.

I. Originalien.

Hysterische Symptome bei syphilitischen Veränderungen des Gehirnes.

Mittheilung aus der Beobachtungsabtheilung des Rochus-Spitals in Budapest.

Von Dr. ERNST EMIL MORAVCSIK,

Privat-Docent und Assistent an der psychiatrischen Klinik.

Man pflegt die Hysterie, die launenhafteste aller modernen Krankheiten, zu den functionellen Neurosen des Nervensystems zu zählen, und will damit ausdrücken, dass wir ihre Ursache nach unseren bisherigen Kenntnissen auf verschiedene Structurveränderungen zu redu-

ciren nicht vermögen. Dass ein gewisser pathologischer Process, möglicherweise in den Molecülen der nervösen Elemente existiren muss, ist wohl denkbar. Bei der Bestimmung und Localisation des Wesens dieser Affection bildet die Hauptschwierigkeit einestheils jener Umstand, dass bei der Hysterie die einzelnen Symptome plötzlich, wie auf einen Schlag erscheinen können; anderntheils dass die von einander ziemlich weit entfernten oder wenigstens sehr unabhängigen Territorien des Nervensystems afficirt erscheinen und die Symptome kommen in einer eigenthümlich bunten, launenhaften Gruppirung zum Vorschein. — Dennoch aber ist oft genug eine gewisse Regelmässigkeit zu constatiren, hauptsächlich in dem Erscheinen der motorischen Störungen, wenn z. B. die bei dem übererregbaren Individuum sich einstellenden Contracturen oder Muskelzittern die Reihenfolge der corticalen motorischen Centren einhalten.

Die Viel- und Mannigfaltigkeit der hysterischen Symptome, die grosse Bedeutung der psychischen Einflüsse, die grosse Anzahl der verschiedensten Empfindungen und die dadurch hervorgerufene Fluctuation der Gemüthsstimmung bezeichnen als Sitz der Affection resp. als Ursprung des abnormen Prozesses die ganze Gehirnrinde. Hier ist es zugleich ermöglicht, dass auf einem relativ kleinen Gebiete verschiedene functionelle Kreise in Erregung kommen können. Besonderer Beachtung werth ist hier jener Umstand, dass solche mit Structuralterationen verbundene Nervenkrankheiten, welche mit hysterischen Symptomen einhergehen, zugleich bedeutende Veränderungen in den corticalen Nervenzellen aufweisen, was sich auch in meinem folgenden Falle erwiesen hat.

Wir können zur Zeit nur soviel sagen, dass die hereditäre Disposition bei der Hysterie eine grosse Rolle spielt (die Nerven- oder Geisteskrankheit, Phthise oder Scrophulose der Eltern), ferner ist eine gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems zu constatiren, derart, dass die so von aussen einwirkende, wie im Organismus selbst theils aus centralen (hauptsächlich auf psychischem Wege), theils peripherischen (z. B. durch die Störungen der vegetativen Functionen) Wege entstandene Reize dessen Gleichgewicht stören, worauf als Folge dann ein Theil der corticalen Zellen ausser Thätigkeit gesetzt, während ein anderer Theil zu gesteigerter Function angeregt wird, was mit bedeutenden Ernährungs- und Circulationsstörungen verbunden ist.

In neuerer Zeit erschienen mehrere Publicationen, bei welchen die hysterischen Symptome durch irgend ein anderes Grundleiden bedingt waren. So beobachtete Guinon[1]) solche als Resultat von Quecksilberintoxication und Gilles de la Tourette[2]) publizirt nach Charcot's Vorlesungen eine auf syphilitischer Basis entstandene Hysterie. Rumpf erwähnt auch in seinem Werke[3]) die hysterischen und neurasthenischen Symptome bei den luetischen Veränderungen.

---

[1]) Hysterie mercurielle. Gazette méd. 1888. Nro. 48.

[2]) Hysterie et syphilis etc. Progrès méd. 1887. Nro. 51.

[3]) Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. 1887.

In meinem Falle waren ähnliche Umstände vorhanden, bei welchem das, die Hysterie kennzeichnende Bunte, Ephemere, die Launenhaftigkeit der Symptome die Folge der durch die Section auch erwiesenen syphilitischen Veränderungen waren. Die von mir vorgenommene histologische Untersuchung ergab eine mehr oder minder ausgesprochene Alteration auf dem ganzen corticalen Gebiet des Gehirns und Kleinhirns.

M. D. geb. W., 44 Jahre, Friseurin, war auf der Beobachtungs-Abtheilung vom 22. Dezember 1885 bis 31. Januar 1886 und vom 19. Februar 1886 bis 24. Juni 1886.

Ihr Vater litt an convulsivischen Anfällen, ihre Mutter und Schwester sind am Leben und gesund; 9 starben. Geisteskrankheit kam in der Familie nicht vor. Die Periode erschien in ihrem 14. Jahre zuerst und selbe zeigte sich in regelmässiger Weise. Sie machte Typhus und Syphilis durch, gegen letzteres Leiden gebrauchte sie mercurielle Einreibung.

Sie war immer leichtsinniger und leicht erregbarer Natur, entsprang öfters dem elterlichen Hause und hatte mit mehreren Männern Verhältnisse. Sie heirathete mit 22 Jahren, ein Kind hatte sie nicht. Nach dem Tode ihres Mannes ergab sie sich wieder dem leichtsinnigen Lebenswandel, hielt sich in Budapest lange als Prostituirte auf und erwarb sich in letzterer Zeit als Friseurin ihren Unterhalt.

Am 24. August 1885 suchte sie zuerst als ambulante Kranke die Beobachtungs-Abtheilung auf und gab vor, dass sie seit einigen Wochen an heftigen Kopfschmerzen leide, habe öfters Schwindel, handele confus, renne aus dem Zimmer und soll wirr reden. Während der längeren Beobachtung kam sie mit verschiedenen Klagen vor, fürchtete sich beständig, dass ihr Geist sich verwirre. Manchmal überraschte sie ein derartiger Harndrang, dass sie ihm stehend genügen musste. Am Rücken wurden auf einer zwei handtellerbreiten Fläche narbige Einziehungen beobachtet (die Folgen des abgelaufenen ulcerirenden Processes); die Inguinal- und Halsdrüsen waren infiltrirt. Diese Erscheinungen liessen auf Brom- und Jodkalium nach. Am 31. August beklagte sie sich, dass ihre linke Hälfte taub sei, die Hautempfindlichkeit war aber erhalten. Ende September entstand die vollständige Anästhesie der linken Stirnhälfte, derart dass die Kranke beim Brennen der Haare an dieser Stelle sich oft verbrannte, ohne es zu spüren. Die Anästhesie schwand zwar kurze Zeit auf Faradisation, zeigte sich aber später wieder. Nach längerem Fernbleiben liess sie sich endlich am 22. Dezember 1885 auf das hysterische Zimmer der Beobachtungs-Abtheilung aufnehmen.

Die Stirnhöcker der mässig entwickelten Patientin stehen nahe nebeneinander. Längsdurchmesser des Schädels 190, Querdurchm. 158; Höhe 122, Umfang 554 mm. Körperhöhe 154 cm. Die Iris braun, linke Pupille dilatirt, beide reagiren gut. Zunge belegt. Der linke Facialis bleibt zurück. An den Händen Tremor. Rechte Hand drückt 12, linke 16 Kgr. Gesicht, Gehör, Geschmack, Geruch intakt. Die linke Stirnhälfte ist anästhetisch, an anderen Stellen des Körpers ist das Gefühl erhalten. Die electrische Erregbarkeit (sowohl die galva-

nische als faradische) an der anästhetischen Stelle gesteigert. In den vegetativen Functionen keine besondere Abweichung. Motilität ungestört. Stimmung labil, geräth leicht in Zorn, ist aufgeregt. Benehmen kindisch; sie zeigt eine gewisse beschränkte Auffassung, ist vergesslich. Hat verschiedene Parästhesien und andere Sensationen, Kopfschmerzen, ist Nachts schlaflos und hat oft Schwindelanfälle.

Mit Bezugnahme auf die anamnestischen Daten und vorhandenen Spuren der Syphilis sowie die eigenthümlichen geistigen und sensorischen Störungen wurde eine antisyphilitische Therapie eingeleitet. Da aber die Patientin das Quecksilber schlecht vertrug, wurde Jodkalium angeordnet, worauf ihr Zustand sich besserte und sie sich leichter fühlte.

Am 31. Dezember: Heftige Kopfschmerzen, weinerliche Stimmung, Nachts verworren, rennt in einem Hemd aus dem Zimmer. 2. Januar: fällt öfters in Ohnmacht. 11. Januar: Kopf und oberer Theil der Stirne an der linken Seite, die linke Hälfte der Nase und der oberen Lippe anästhetisch. Die electrische Erregbarkeit ist auf dem anästhetischen Gebiete gesteigert.

Oberer Facialiszweig:	4 Elem.	1 MA.	links	KSZ.
	„	„	rechts	nichts.
	5 Elem.	1,5 MA.	links	KSZ'.
	„	„	rechts	nichts.
	6 Elem.	2,3 MA.	rechts	KSZ.
M. frontalis:	5 Elem.	2 MA.	links	KSZ.
	„	„	rechts	nichts.
	7 Elem.	4 MA.	links	KSZ'.
	„	„	rechts	KSZ.
M. orbic. oris:	6 Elem.	4 MA.	links	KSZ.
	„	„	rechts	nichts.
M. levator menti:	5 Elem.	3 MA.	links	KSZ.
	„	„	rechts	nichts.

Der nun folgende Verlauf der Krankheit sei nur kurz durch das Anführen der hervorragendsten Symptome charakterisirt. Es zeigten sich abwechselnd heftige Kopfschmerzen, Erbrechen; auf der Brust, am Rücken, an der Beugefläche der oberen und unteren Extremität erschienen prominente, rothe juckende Flecken, oberhalb der linken Augenbraue eine kleine Stelle anästhetisch, welche bald wieder gut empfindend wurde und hierauf wieder anästhetisch. Am 31. Januar wurde Patientin auf ihr Ersuchen entlassen.

Am 19. Februar 1886 liess sie sich von Neuem aufnehmen, bei welcher Gelegenheit die hochgradige Empfindlichkeit der Rücken- und Armmusculatur, Anästhesie der linken Stirnhälfte, die Parese des linken Facialis, Dilatation der linken Pupille constatirt wurden, dabei beklagte sich Patientin über heftige Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Der weitere Verlauf sei abermals durch Erwähnung der prägnantesten Symptome gekennzeichnet: Es stellten sich in der rechten oberen Extremität starker Tremor und rhytmische Zuckungen ein; Hautempfind-

lichkeit auf linker Gesichtshälfte und Nasenrücken vermindert. Heftige Kopfschmerzen; linke Pupille immer dilatirt; linke Facialisgegend hängt stark herab; Patientin ist Nachts sehr unruhig, schreit, wirft Gegenstände zur Erde; Morgens ist sie sich dieses Benehmen nicht bewusst. Später quälen sie Hallucinationen; sie benimmt sich sehr verworren; es stellt sich Harnretention ein, der Stuhl ist retardirt. Patellarreflex beiderseits lebhaft; Anästhesie an der linken Hälfte an abwechselnden Stellen. Patientin sieht auf beiden Augen gut, Farben ebenfalls; den Ton der Stimmgabeln (Sol 3 und Ut 5) verträgt sie rechts nicht so gut als links. Sprache schwerfällig; Hallucinationen; beschmutzt sich mit ihren Fäces; später hartnäckiger Durchfall, welcher allen therapeutischen Massnahmen widersteht. Am 21. Juni rechtsseitige Pneumonie, Decubitus. Am 24. Juni ist die Kranke schwach, collabirt, comatös, Puls klein, kaum fühlbar, Stimmulatia ohne Wirkung. Nachmittags $3^1/_2$ Uhr tritt der Tod ein.

Die *Section* ergab folgendes: Gumma syphiliticum insulae Reillii dextrae, Gumma syphiliticum partis posterioris sinistrae. Periencephalitis ex leptomeningitide chronica. Pneumonia crouposa in stadio resolutionis lobi superioris pulmonis sinistri. Cystitis chronica cum hypertrophia musculari vesicae urinariae, dilatatione ureterum et hydronephrosi bilaterali; pelvis et ureter duplex renis sinistri.

Der kaleidoscopische Wechsel, der ephemere Character und die Mannigfaltigkeit der Symptome weisen auf die Hysterie hin, vorzüglich am Anfang der Krankheit. Kopfschmerzen, Schwindel, Schlaflosigkeit, Incoordinations-, Empfindungs- und Harnstörungen, sensible Störungen, Pupillendifferenz, Facialisparese, Steigerung des Patellarreflexes, die Schwächung der Druckkraft der Hände, Tremor, Amblyopie, vasomotorische und Sprachstörungen, die Delirien und Hallucinationen, die unmotivirte Furcht — all' dies erschien im buntesten Gemenge, erblasste oder verschwand. — Später schlossen epileptische Anfälle Lähmungserscheinungen höheren Grades und Zeichen der Geistesschwäche dem Krankheitsbilde sich an und nahmen einen immer mehr stabilen Character an, alsdann man auf die Existenz schwerer cerebraler Veränderungen schliessen konnte. Besonders das Verhalten der diffusen, fleckweise erscheinenden Anästhesie auf der Stirne und Gesicht stimmte mit den ähnlichen Symptomen der Hysterie überein; dieselbe dominirte auch längere Zeit das Krankheitsbild, so dass es kaum einen Tag gab, wo deren Grad und Grösse nicht eine Aenderung erfahren hätte. Ja noch mehr! Die electrische Erregbarkeit war auf der anästhetischen Seite gesteigert, was wir bei Hysterischen öfters zu beobachten die Gelegenheit hatten.

Zur Erklärung obengenannter Symptome gab einerseits der Sectionsbefund, anderntheils vielmehr die histologische Untersuchung den Schlüssel.

Die von den, in Müller'scher Flüssigkeit gehärteten Hirnstücken verfertigten Präparate färbte ich meistens mit Ammoniak-Carmin, hie und da auch mit Hämatoxilin und Safranin.

Im ganzen Gebiete des Gross- und Kleinhirns stiess ich auf die

Spuren einer mehr oder minder ausgeprägter Encephalitis syphilitica, deren verschiedene Stadien zu beobachten waren. In der Hirnrinde erschienen die Blutgefässe erweitert, um welche eine Anhäufung lymphoider Zellen sichtbar wurde, ausserdem war eine grössere Vascularisation zu constatiren. Die lymphoiden Zellen häuften sich einestheils mit Vorliebe um die Blutgefässe herum, anderntheils in den Lymph- und pericellulären Spalten an, in einzelnen Fällen sogar drangen sie sogar in die Zellsubstanz hinein. — Aehnliches beobachteten übrigens auch Poppoff, Lubimoff, Mangenot und Laufenauer. Hie und da sind gelbliche, stark glänzende, nicht färbbare Exsudatmassen sichtbar. Die Blutgefässe weisen recht deutlich die von Heubner für die Syphilis characteristisch beschriebenen Veränderungen auf. Die Wand der Arterie ist verdickt, hauptsächlich aber die Intima und Adventitia, beide sind mit Granulationszellen voll. —

Die Zahl der Nervenzellen ist vermindert und ihren Platz nehmen leere pericelluläre Spalten und Bindegewebsmaschen ein. Die Fortsätze der Zellen fehlen theilweise oder gänzlich; ihre Form veränderte sich wesentlich, sie zeigen alle Stadien der von Meynert beschriebenen Difformitäten. Das Anquellen und die Formlosigkeit der Zellen, wodann dieselben irregulär, gezackt, spindelförmig werden, ferner der Körnchenzerfall, Schwund, Erblassen des ganzen Protoplasmas und des Kernes, die Kerntheilung, die partielle und totale Atrophie sind in grosser Auswahl vorzufinden. Die Kerne verlängerten sich und nahmen eine regellose Form an, liegen sehr oft excentrisch. Die pericellulären Räume sind sehr dilatirt, in welchen sehr oft die Residuen des Plasmas und Kernes excentrisch liegen. Die Pigmentatrophie ist sogar an solchen Stellen bedeutend, wo dieselbe normalerweise nicht einmal im Greisenalter erscheint, so z. B. in den Purkinje'schen Zellen des Kleinhirns. Zu bemerken ist es, dass all diese Veränderungen die linke Hemisphäre mehr in Anspruch nahmen.

Die *Grosshirnrinde* zeigt hauptsächlich in der motorischen Zone, in der Insel und hinterem Abschnitte des Occipitallappens ausgesprochene Veränderungen. Die Zahl der kleinen wie der grossen Pyramidenzellen ist vermindert, deren Schichte verschmälert, die pericellulären Spalten sind sehr erweitert. Die radiären Nervenbündel erscheinen schmächtiger.

Das *Ammonshorn* und das Subiculum cornu Ammonis zeigt beiderseits grosse Structurveränderung. Die grossen Pyramidenzellen gingen grösstentheils zu Grunde, in folge dessen fehlt auch das Stratum radiatum. Das Stratum granulosum ist noch am meisten intact. Die kleinen Pyramidenzellen zeigen ebenfalls verschiedene Stadien des Zerfalles.

Die Rinde des *Kleinhirns* ist stark infiltrit mit lymphoiden Zellen; die verästelnden Fortsätze der Purkinje'schen Zellen fehlen grösstentheils, sind gebrochen. Hie und da zerfiel der Zellkörper in zwei Theile, hat gezackte Contouren; grosse pericelluläre Spalten. In den Purkinje'schen Zellen ist die bedeutendste Pigmentatrophie sichtbar. Die von Hadlich beschriebene varicöse Hypertrophie der Zellen ist ebenfalls anzutreffen.

Die diffuse Affection der Hirnrinde erklärt die Vielfältigkeit der beobachteten Syptome und die verschiedenen Stadien des Entzündungsprocesses deren Intensitätsabstufungen und langsame Stabilisirung. Die durch die Hyperämie hervorgerufene Spannung in den Hüllen wie in der Hirnsubstanz löste je nach der Schwankuug in den einzelnen Hirngebieten in verschiedenen Kreisen Erregung aus. Die Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Schwindel, die Schwankung der Pupillenweite, das ephemere Zittern, die sensoriellen Störungen entsprechen diesem Erregungstadium. Und als die materiellen Veränderungen der Nervenelemente das Uebergewicht erlangen, so gewinnen auch diese Symptome einen entschiedereren Charakter und die hysterischen Symptome treten in den Hintergrund und das Grundleiden erscheint entschiedener. Die partiellen Lähmungserscheinungen stabilisiren sich, in Folge der Atrophie der corticalen Zellen weist die Association Lücken auf und es tauchen in Folge der entzündlichen Reizung der Rindenelemente, ohne äusserer Einflüsse einzelne Erinnerungsbilder auf, erscheinen in der Form von Hallucination im Bewusstsein und endlich entwickelt sich als Zeichen der bleibenden Structurveränderung Geistesschwäche aus. — Bei der Entstehung der, auf der linken Stirnhälfte und Gesicht beobachteten Sensibilitätsstörungen müssen wir der, bei der Section constatirten Veränderung der Trigeminusscheide, eine bedeutende Rolle zusprechen.

Hervorzuheben wäre noch die hochgradige Atrophie des Ammonshornes, welche, mit Bezugnahme auf die Untersuchungen von Meynert Sommer und Laufenauer, nebst den Veränderungen der motorischen Zone mit den epileptiformen Anfällen der Patientin im Connex stehen.

Dieser Fall beweist auch das, was auch Rumpf in seiner oben citirten Arbeit betont, dass nämlich die Diagnose einer syphilitischen Gehirnkrankheit auf rein symptomatologischen Gründen äusserst schwierig, oft unmöglich ist. Wir kennen kein klinisches Bild, welches direkt auf dieselbe hinweisen würde, obzwar einige Symptome, wie die heftigen Kopfschmerzen, Schwindel, die unerwartet erscheinenden epileptischen Anfälle, welche den Stempel der corticalen Epilepsie an sich tragen, das plötzliche Erscheinen anderer schwerer sensibler oder motorischer Symptome und deren Remission, einigen Verdacht laut werden lassen. Den Schlüssel der sicheren Diagnose gibt einestheils die Anamnese, anderentheils die im Organismus anderweiters sichtbare Spuren der Syphilis und endlich die, auf antisyphilitische Behandlung sich zeigende Besserung.

II. Referate und Kritiken.

690) Prof. **Bechterew**: Ueber die centralen Endigungen des Vagus und die Zusammensetzung des sog. Fasciculus solitarius Lenhossek des verlängerten Marks. (Wiestnik Psichiatrii. Bd. V. Heft 2.)

B. hat seine Untersuchungen theils an Gehirnen von Erwachsenen, theils an solchen von Embryonen angestellt und hat gefunden, dass

an sehr jungen Fötalgehirnen die Fasern der Nerven der Medulla oblongata bereits sehr früh mit Mark bekleidet sind, während die übrigen Theile des verlängerten Marks mit wenigen Ausnahmen marklos sind. Die von B. gewonnenen Resultate bestehen in Folgendem:

Die Fasern des Vagus gehen nach ihrem Austritte in verschiedenen Richtungen auseinander, ein bedeutender Theil derselben zieht zum Kern, welcher unter dem Boden des 4. Ventrikels nach aussen und oben vom Kern des Hypoglossus liegt und kleine Zellen enthält. Von diesen Fasern endigen einige an dem Kern, andere umgehen diesen und gehen centralwärts vom Hypoglossuskern *über die Raphe auf die andere Seite* in der Richtung zum N. ambiguus (ein Kern der aus grossen Zellen besteht und im mittleren Theil des äusseren Abschnitts der formatio reticularis liegt). B. nimmt als feststehend an, dass die genannten Fasern in diesem, von ihm als *vordern* bezeichneten Kern *endigen*. Eine dritte Faserngruppe geht mit den beiden ersten zusammen bis zum grauen Grunde des 4. Ventrikels, wo sie scharf centralwärts umbiegen, sich dem N. ambiguus nähern und in ihm, wie es scheint, verschwinden, eine vierte Gruppe endlich *geht sicher in den solitären Strang über*. Auf diese Weise hat der Vagus auf seinem Pfade zum verlängerten Marke 4 Stationen: 1) den längst bekannten Vaguskern auf dem Boden des 4. Ventrikels, 2) den vordern, gleichseitigen Kern, 3) den vordern contralateralen Kern und 4) den funiculus solitarius. Letzterer besteht aus dicken markhaltigen Fasern, verläuft im Innern des verlängerten Marks und wird auf seinem ganzen Verlaufe von der gelatinösen Substanz begleitet. Nach B. endigt sein *oberes* Ende vollständig auf der Höhe der austretenden Hypoglossuswurzel, das *untere endigt unzweifelhaft* im verlängerten Marke auf der Höhe der obern Kreuzung. Auf Präparaten sehr junger Embryonen könne man sich überzeugen, dass der solitäre Strang *ausschliesslich* oder wenigstens *vorwiegend* aus Hypoglossus- und theilweise aus Vagusfasern bestehe — die marklosen Fasern des Hypoglossus sind zwei Mal dicker als die markhaltigen des Vagus —; Fasern aus dem Facialiskern, dem sensiblen Trigeminuskern und den benachbarten Zellen der formatio gelatinosa *gehen nicht* in den Bestand des funiculus solitarius über.

An Präparaten sehr junger Embryonen konnte B. auch den Verlauf der Vagusfasern im solitären Strange verfolgen. Etwas unterhalb der Vaguskerne fangen *einige bogenförmige markhaltige Fasern* nach innen vom funiculus solitarius an abzugehen, dann ziehen sie durch die mittleren Abschnitte der formatio reticularis zur Raphe, wo sie sich mit den von der entgegengesetzten Seite kommenden Fasern kreuzen und in einem besondern *Kern* zu enden scheinen, der nach innen von den Hypoglossuswurzeln und dorsalwärts von den untern Oliven liegt; dieser Kern spielt nach Mislawski die Rolle des Athmungscentrums. Hiermit wird auch das Verhältniss des Vagus zur Respiration festgestellt. (Nach Medizinskoje Obosrenie Nro. 12.)

Hinze (St. Petersburg).

691) Prof. **Bechterew** und Docent **Mislawski**: Ueber den Einfluss der Hirnrinde auf die Speichelabsonderung.

(Medizinskoje Obosrenie Nro. 13.) (Russisch.)

Die ersten positiven Daten über die Innervation der Speicheldrüsen durch die Hirnrinde haben Lépine und Bochefontaine (Gaz. méd. de Paris 1875) geliefert, indem sie nachwiesen, dass Reizung des vordern Abschnitts der Hemisphären mit schwachen Strömen Speichelabsonderung aus der Submaxillaris hervorbringe; der dabei secernirte Speichel fliesst reichlicher auf der gleichnamigen, als auf der anderen Seite, ist durchsichtig und zeigt im Allgemeinen den Charakter des auf Reizung der chorda tympani abgesonderten; Durchschneidung der letzteren hob die Secretion durch Reizung der Gehirnrinde auf. Sie lokalisiren diese Function in allen Punkten 1) in der unmittelbar hinter dem Sulcus cruciatus gelegenen Region, 2) in dem zwischen dieser und dem Riechlappen gelegenen Abschnitte und 3) in dem nach unten vom Sulcus cruciatus befindlichen Theile. Später (Archiv de physiol. norm. et path. 1876 p. 161) fanden sie, dass die erregbaren Stellen den Ferrier'schen Punkten 1, 2, 3 und 4 nach der Zeichnung von Carville und Duret (Arch. de physiol. 1875) entsprachen.

Verff. haben ihre Versuche an crurarisirten Hunden ausgeführt, welchen Canülen theils in den Wharton'schen theils in den Stenon-'schen Gang eingelegt waren. Der abfliessehde Speichel wurde in calibrirten Röhren aufgefangen und seine Menge jede Minute notirt oder es wurden die einzelnen herabfallenden Tropfen gezählt; letzteres geschah seltener, als ersteres. Der Schädel wurde immer weit geöffnet und nach einander die einzelnen Punkte der Gehirnoberfläche mittels zweier einander nahe stehender nadelförmigen Elektroden und mit einem schwachen, von einem Dubois-Reymond'schen Schlittenapparate gelieferten Strome auf ihre Erregbarkeit geprüft. Es ergab sich, dass derjenige Abschnitt der vierten primären Windung, welcher oberhalb und nach vorn vom Sulcus Sylvii gelegen ist, am empfindlichsten war; es gelang von dieser Stelle aus mit sehr schwachem Strome, der anderwärts wirkungslos blieb, Speichelabsonderung hervorzurufen. Weniger wirksam und nur durch stärkere Ströme erregbar war der ganze vordere, nach vorn vom Sulcus cruciatus gelegene Abschnitt des Gyrus sigmoideus, der hintere Theil desselben und die vorderen Abschnitte der 2. und 3. primären Windung. (Im Originale sind diese erregbaren Theile durch eine Zeichnung illustrirt.) Die Parotis blieb in diesen Versuchen unerregbar, ebenso der Stirnlappen (entgegen den Angaben von Lépine und Bochefontaine) und die hinteren Abschnitte der Hemisphären. In einigen Fällen wurde freilich die Speichelabsonderung aus den Submaxillardrüsen stärker nach Reizung der mehr nach hinten gelegenen Abschnitte der Hemisphären, das geschah nur bei stärkeren Strömen und viel später, als nach Reizung der oben angegebenen Stellen.

Die Speichelabsonderung erfolgte in diesen Versuchen meistentheils reichlicher auf der gereizten Seite, der Speichel selbst war immer flüssig und glich dem, nach Reizung der Chorda tympani aus-

fliessenden. Durchschneidung der letzteren hebt in der That die Secretion auf, Durchschneidung des Sympathicus aber blieb ohne Einfluss auf die Absonderung; Reizung des Sympathicus bewirkt überhaupt bei Hunden nur eine geringe Speichelabsonderung.

Hinze (St. Petersburg).

---

692) **Greidenberg:** Fall von periodischer spinaler Paralyse.
(Wratsch 1887. 28. 11.)

22 jähriger Soldat wird in die Irrenabtheilung der Wohlthätigkeitsanstalten zu Simferopol zur Beobachtung wegen Simulation geschickt. Gut genährter Mann mit etwas asymmetrischem Gesichte (linke Hälfte kleiner) erzählt, dass er sich immer wohl gefühlt habe, bis auf eine, 4 Mal im Monate auftretende Lähmung des ganzen Körpers, welche gewöhnlich Nachts ohne Vorboten beginnt; die Lähmung fängt damit an, dass der Kranke beim Erwachen sich im Bette nicht umdrehen kann, dauert 1—2 Tage und verschwindet bis zum folgenden Anfalle spurlos. Die Krankheit besteht seit 10 Jahren und trat nach einem heftigen Schrecke ein. Die sehr eingehende Untersuchung des Nervensystems ergab durchaus keine Abweichung von der Norm, der Kranke hört seit frühester Kindheit etwas schlechter mit dem rechten Ohre, die Zunge weicht beim Ausstrecken etwas nach links ab und zittert, Herztöne dumpf, geistige Entwicklung mittelmässig.

Der Kranke verweilte ungefähr 2 Monate in der Abtheilung und wurde während dieser Zeit 2—3 Mal wöchentlich von der periodischen Lähmung befallen; die einzelnen Anfälle waren einander fast gleich und verliefen folgendermaassen. Beim Zubettegehen Abends 8 Uhr fühlte der Kranke sich vollkommen wohl und ergab die objective Untersuchung nie etwas, was auf das Eintreten der Lähmung deuten konnte. Gewöhnlich begann der Anfall nach Mitternacht, der Kranke erwachte mit dem Gefühle des Gebundenseins und der Unmöglichkeit sich im Bette zu wenden, gegen Morgen war das Bild der Lähmung vollständig, kein Glied konnte gerührt werden, Gesicht und Zunge blieben immer verschont. Einige Muskeln und Muskelgruppen waren hart und gespannt, besonders an den Beinen, die Wadenmuskeln contrahirt. Die Sensibilität blieb erhalten, Haut- und Sehnenreflexe fehlten, *die faradische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln erloschen*, die Temperatur gewöhnlich normal, Puls häufig beschleunigt, Sensorium immer frei.

Die Lähmung entwickelte sich allmählich, in von den Beinen nach oben aufsteigender Richtung, zuweilen beschränkte sie sich nur auf die untere Extremitäten. Parallel mit der Ausbreitung der Lähmung ging auch die Verminderung der Reflexe und der faradischen Erregbarkeit, auf der Höhe des Anfalls fehlten beide. Der Anfall dauerte von einigen bis zu 24 Stunden ohne erkennbare Abhängigkeit von der Ausbreitung der Lähmung, 1—2 Mal wurde Harnverhaltung beobachtet, ihre Abhängigkeit aber vom Anfall nicht constatirt.

Die Wiederkehr der Beweglichkeit erfolgte allmählich und langsam in absteigender Richtung, von den Armen über den Rumpf zu den Beinen, gleichzeitig begann die faradische Erregbarkeit aufzutreten, die Reflexe erschienen erst, wenn der Kranke zu gehen begann; die Dauer der Restitution gewöhnlich einige Stunden. In den freien Intervallen fühlte sich der Kranke vollständig gesund und wurde mit der Diagnose Paralysis spinalis spasmodica aus der Anstalt entlassen und vom Militairdienst befreit.

In der Epikrise theilt Verf. mit, dass er in der Literatur 8 Fälle periodischer Spinalparalyse gefunden habe. Die von Gibney beschriebenen hat er nicht zur Hand gehabt. (f. unten Literatur). Von diesen sind 4 als Symptome von Wechselfieber aufzufassen, die andern 4 aber als rein idiopathische. Nachdem er für seinen eigenen Fall alle Möglichkeiten für die Entstehung besprochen, gesteht er mit Westphal: „Wir stehen somit dem geschilderten Krankheitsfalle als einem Räthsel gegenüber", und hofft erst in der Zukunft eine Lösung desselben.

Literatur.

1) Cavaré (?) Gaz. des hôpit. 1853.
2) Romberg, Lehrbuch der Nervenkrankh. II. Aufl. 752—753.
3) Hartwig, J. D. Halle 1874.
4) Gibney, American Journ. of Neurol. 1882. (2 Fälle von intermittirender Spinalparalyse. cf. d. Centralbl. 1882, p. 332.)
5) Westphal, Berl. klin. Wochenschr. 1885, Nro. 31 u. 32.
6) Fischl, Prag. med. Wochenschr. 1885, Nro. 42.
7) Consat, Rev. de médic. 1882.
8) Schachkowitsch, Wratsch 1882.

Hinze (St. Petersburg).

---

693) **A. Chauffard** (Paris): De la cécité subite par lésions combinées des deux lobes occipitaux. (Anopsie corticale.)

(Revue de médecine 2. 1888.)

J. wurde im Alter von 74 Jahren von einer Hemiplegia dextra im Anschluss an einen apoplektischen Insult heimgesucht. Pat. litt an allgemeiner Arteriosclerose u. Albuminurie. Während sich die Lähmung zusehends besserte, trat plötzlich $2^1/_2$ Monat nach dem Insulte nach einer ruhigen Nacht Morgens vollständige Erblindung auf; die Pupillen sind mittelweit und reagiren träge auf Lichteinfall. Irgend welche andere abnorme Erscheinung war an dem Pat. nicht zu constatiren. Im Laufe des Nachmittags geringe Wiederherstellung des Sehvermögens, so dass er Licht und Dunkel unterscheiden kann. Abends treten heftige epileptiforme Anfälle auf und im darauffolgenden Coma der Tod.

Bei der *Autopsie* fand man ausser einer allgemeinen Atherose in der linken Hemisphäre einen alten haemorrhagischen Herd in der Gegend der capsula externa und des Claustrum, einen zweiten am Ende des nucleus caudatus, der die umgebende weisse Substanz zerstört hat

und dicht an den thalamus opticus grenzt. In der rechten Hemisphäre ist ein sehr grosser frischer haemorrhagischer Herd, der das ganze Centrum des Occipitallappens ausfüllt und in der Mitte des 2. gyrus occipitalis auch die Rinde zerstört hat. Verf. theilt ferner einen von Bouveret im Lyon médical 1887 berichteten Fall mit: N., 72 Jahre alt, erblindete plötzlich auf der Strasse, ohne das Bewusstsein jemals verloren zu haben, doch zeigte er verminderte Intelligenz. Die Pupillen waren erweitert, reagirten träge auf Lichteinfall. Keinerlei sonstige Lähmung oder Anästhesie. Während das Allgemeinbefinden sich stetig verschlechterte trat 12 Tage nach der Erblindung eine leichte linksseitige Hemiparese auf und 5 Tage später erfolgte der Tod. Bei der Autopsie fand man allgemeine Arteriosklerose; in den beiden art. cerebr. poster. ein graurothes Gerinsel. Beiderseits war eine Erweichung des ganzen cuneus und des grössten Theiles der beiden Temporooccipitalwindungen vorhanden. Die Erweichung reichte von der Rinde bis zu den Seitenventrikeln. Sonst waren Gehirn und periphere Nerven normal.

Diese beiden, sowie zwei von Berger berichtete gleiche Fälle sprechen mit vollkommener Sicherheit für die Localisation des Sehvermögens im Occipitallappen. Die nach Läsionen beider Occipitallappen auftretende Amaurosis ist als eine doppelte Hemianopsie aufzufassen; so bestätigt die klinische Beobachtung die experimentellen Resultate Munks, Ferier's etc. Waren auch im ersten Falle die beiden cunei intakt, so waren doch die von denselben zum thalamus opticus verlaufenden Nervenfasern zerstört, was ja einer Rindenläsion gleichkommt. In allen angeführten Beobachtungen war nur das optische Wahrnehmungscentrum verletzt, während das optische Erinnerungsfeld intact war, was nicht gegen die von Charcot behauptete Localisation des letzteren im unteren Scheitelläppchen spricht. Dass der erste oben erwähnte Patient nicht gleich nach der ersten Erkrankung die Zeichen der Hemianopsie darbot, wie man dies nach dem Sectionsbefunde eines alten Herdes im linken Hinterlappen vermuthen sollte, ist nicht auffallend, wenn man bedenkt, dass sehr häufig eine Hemianopsie erst durch eine methodische Untersuchung aufgedeckt wird, dass sie ein Symptom ist, welches aufgesucht werden muss Nachdem aber eine Läsion des anderen Occipitallappens eingetreten war, wurde Pat. doppelt hemianopisch i. e. blind. Die corticale Anopsie, welchen Namen Verf. für unsere Krankheit vorschlägt, trat mit Ausnahme des 2. oben berichteten Falles immer erst nach 2 zeitlich getrennten Anfällen auf. Ihre Symptome waren: Complete Amaurose, Bewahrung der optischen Erinnerungsbilder, ophthalmoscopisch negativer Befund, mittelweite auf Lichtreiz träge reagirende Pupillen. Wahrscheinlich gehört die urämische Amaurose in dieselbe Krankheitsgruppe. In allen bisher beobachteten Fällen von corticaler Anopsie verfielen die Kranken einer zunehmenden Kachexie, der sie binnen einiger Tagen oder Wochen erlagen.

Strauscheid.

694) **G. Ballet** (Paris): L'ophthalmoplégie externe et les paralysies des nerfs moteurs bulbaires dans leurs rapports avec le goître exophthalmique et l'hystérie. Contribution à la physiologie pathologique de la maladie de Basedow. (Revue de médecine 5. und 7. 1888.)

Verf. beobachtete im hôpital Broussais einen 33 jährigen Tapezierer, der, nachdem er von einer Höhe von 6 Meter ins Meer gestürzt war, an nervösen Störungen erkrankte, welche das Bild der Hysterie und der Basedow'schen Krankheit erkennen liessen. Von hysterischen Symptomen zeigte Pat. eine complete linksseitige Hemianästhesie mit Verlust des Muskelgefühls, concentrische Gesichtsfeldeinengung beiderseits, monokuläre Dilopie links, zwei hysterogene Zonen, Globus hyst. Ausserdem hatte Pat. starkes Herzklopfen, Puls von 110—160, Struma, Exophthalmus, Tremor, Hitze im Gesicht, starke Erregbarkeit — also Morbus Basedowii. Endlich beobachtete man bei demselben Kranken Polyurie (bis 6 Lit.), Ophthalmoplegia externa i. e. Aufhebung der willkürlichen Bewegungen der äusseren Augenmuskeln mit Ausnahme des levator palp., während in unserem Falle die automatischen und Reflexbewegungen der Augen wenigstens theilweise erhalten waren, Paralyse beider nervi facialis, leichte Parese der Hypoglossi.

Ein ähnlicher, von Bristowe berichteter Fall ergab bei der Autopsie die Abwesenheit aller Läsionen des Nervensystems. Verf. zeigt ferner an zwei Beispielen, dass sich die Ophthalmoplegia externa auch bei solchen Individuen, die allein an Hysterie oder aber allein an morbus Basedowii litten, findet. Bei dieser Ophthalmoplegie findet man bald ein Functionieren, bald eine Lähmung des levator palpebrae sup.; oft sind mit ihr in Verbindung Paresen anderer Bulbärnerven nämlich der motorischen Portion des trigeminus, des facialis und des hypoglossus. Wie die bisher bekannten anatomisch begründeten Fälle von Ophthalmoplegie auf Erkrankung der Nervenkerne des bulbus beruhen, so muss auch in unseren Fällen die den morb. Based. oder die Hysterie complicirende Ophthalmoplegie auf einer functionellen Störung der Elemente des Nervensystems beruhen, welche im Niveau oder unterhalb des wirklichen Ursprungs der Bulbärnerven liegen. Hieraus lässt sich aber zugleich ein wichtiges Argument für die Theorie gewinnen, welche den morbus Basedowii auf eine Erkrankung des bulbus zurückführt. Schon large ist die Unzulänglichkeit der Sympathicustheorie für den m. B. erkannt worden, die das sonderbare Nebeneinanderbestehen von Reizung und Lähmung desselben Nerven anzunehmen verlangt. Dahingegen bietet die Annahme einer bulbären Erkrankung eine ungezwungene Erklärung für alle Symptome des m. B.; eine Lähmung des Vagus vermag nicht nur die Tachycardie, sondern eventuell auch Dyspnoe und Gastrointestinalstörungen zu erklären; eine Lähmung des vasomotorischen Centrums ruft die congestiven Erscheinungen an Hals und Kopf hervor und damit auch eine abnorme Füllung der grossen Blutreservoire, wie wir sie in der glandula thyreoidea und der orbita haben; auch das Graefe'sche Zeichen, für welches die Anhänger der Sympathicustheorie eine Contraction des Müller'schen Muskels als Erklärung annehmen, dürfte wohl mit

grösster Wahrscheinlichkeit durch eine Bulbusaffection bedingt sein, da anzunehmen ist, dass die conjugirte Augenmuskellähmung und die Aufhebung der Synergie zwischen den Bewegungen des oberen Augenlides und des Augenapfels auf die gleiche Weise, nämlich durch eine Ponserkrankung hervorgerufen werden. Verf. führt zur Begründung dieser Theorie zahlreiche Belege aus der sonstigen neuropathologischen Erfahrung an. Die Annahme einer bulbären Erkrankung als Grundlage des m. B. wird aber geradezu unumgehbar durch die in seinem Gefolge oft auftretenden Lähmungen bulbärer Nerven (3, 4, 6, 5, 7, 12. Hirnnervenpaar) sowie der ihn begleitenden Polyurie, Albuminurie Diabetes, welche ja gleichfalls bulbär bedingt sein können. Endlich sprechen für unsere Theorie die bekannten physiologischen Experimente von Filehne. Alle oben angeführten Symptome hängen nicht von einer materiellen Störung ab; es sind vielmehr einfache functionelle Störungen, die sich bessern, verschlimmern, heilen und recidiviren können. Wenn nun aber auch der m. B. vor allem eine *bulbäre Neurose* ist, so verbreiten sich doch die functionellen Störungen oft über die Actionssphäre der medulla oblongata hinaus; es schliessen sich dann spinale oder corticale Symptome an. Der m. B. verbindet sich häufig mit anderen Neurosen: Hysterie, Epilepsie, Psychosen. Dies kommt daher, dass diese Affectionen mit dem m. B. von Natur verwandt sind; sie gehören alle zur neuropathischen Familie und entwickeln sich in der Regel auf einem Gebiete, das schon von lange her durch krankhafte Vererbung vorbereitet ist.

Strauscheid.

---

695) **Samelsohn** (Köln): Ueber eine seltene Affection des Sympathicus.
(Vortrag in der vereinigten Sitzung der neurolog., medicinischen und ophthalm. Section auf der Naturforscherversammlung zu Köln. Septbr. 1888.)

Bei einer kräftigen Frau von 64 Jahren, bei welcher ausser einer von Kindheit an bestehenden rechtsseitigen Migräne keine sonstige Anomalie nachzuweisen ist, findet sich auf der linken Gesichtsseite die unter dem Namen der „Horner'schen Ptosis" genügend bekannte Trias: verticale Verengerung der Lidspalte, Verengerung und verminderte Reaction der Pupille, Eingesunkensein des Bulbus. Dagegen zeigen sich keine Symptome vasomotorischer Natur, vielmehr ist diese Seite blass und zeigt eine fast 1^0 niedrigere Temperatur als die linke. Auf der rechten Gesichtsseite fehlen die geschilderten Symptome von Seiten des Auges, während sich die deutlichsten Zeichen einer vasomotorischen Lähmung darbieten. Halbseitige Röthung des Gesichts, welche auf der Mittellinie scharf abschneidet, Erhöhung der Temperatur, halbseitiges Schwitzen, sowohl spontan, als auf Pilocarpin. Wir hätten also die seltsame, schon von Cl. Bernard experimentell erzeugte Isolirung der im Halssympathicus gemeinsam verlaufenden oculopupillären und vasomotorischen Nervenfasern.

Im Anschluss an diesen Fall erörtert Vortr. noch die streitige Wirkungsweise des Cocain, für welche er die Aufhebung des Trige-

minusreflexes als wahrscheinlich hinstellt. Sodann bespricht er noch die Frage von der Existenz des Dilatator pupillae, welchen er durch diesen Fall für den Menschen als erwiesen annimmt.

Autorreferat.

---

696) **Pugibet:** Des paralysies dans la dysenterie et la diarrhée chroniques des pays chauds. (Revue de médecine. 2. 3. 4. 1888.)

Verf. berichtet über 7 Fälle von nervösen Erkrankungen, welche er bei französischen Soldaten beobachtete, die in Tonkin an acuter Dysenterie erkrankten, woran sich später eine chronische Diarrhoe anschloss. Während der Dauer der letzteren traten meist plötzlich, aber ohne apoplectischen Insult, Paresen oder Paralysen der Hals-, Arm- und Schultermuskulatur auf, die verschieden lang anhielten, um nachher grösstentheils zu verschwinden. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln war höchstens etwas herabgesetzt. In einem Falle beobachtete Verf. Anästhesie in beiden trigeminis sowie beiderseitige Taubheit, in einem anderen vorübergehende Glycosurie. Nach Beiziehung der in der Literatur berichteten Fälle kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Nach einer Dysenterie können die mannigfachsten nervösen Störungen auftreten. Die dysenterischen Lähmungen haben oft einen plötzlichen Beginn, doch ohne apoplectischen Insult; in der Regel sind sie unvollständig und endigen häufig mit Heilung, während allerdings ein Theil derselben bestehen bleibt, ja den Tod herbeizuführen vermag. Ausser Lähmungen der motorischen Nerven kommen auch solche der sensiblen vor und zeitweise Glycosurie. Es werden durchaus nicht immer alle von einem Nerven innervirten Muskeln gelähmt; die gelähmten zeigen normale oder leicht herabgesetzte electrische Erregbarkeit. Verf. glaubt für die Ursache der Lähmungen capillare Thrombosen in grauen Vorderhörnern halten zu müssen. Die Prognose der Lähmungen ist eine ziemlich günstige, da die Mehrzahl derselben geheilt wird; doch ist hiermit nicht gesagt, dass nicht nach Heilung der nervösen Störungen die primäre Erkrankung (Dysenterie) den Tod herbeiführe, was im Gegentheil nicht selten ist. Die Behandlung ist gegen die ursächliche Erkrankung gerichtet. Strauscheid.

---

697) **B. H. Stephan** (Zaandam): De la paralysie faciale des nouveau-nés. (Revue de médecine. 7. 1888.)

Ausser den durch Applikation der Zange hervorgerufenen Facialislähmungen und denjenigen, welche bei Wehenschwäche durch längeren Druck eines Beckentumors oder eines engen Becken veranlasst sind, giebt es auch Paralysen bei normalem Geburtsverlaufe und normalen Geschlechtstheilen. Henoch berichtet einen derartigen, jedenfalls äusserst seltenen Fall in seinem bekannten Lehrbuche der Kinderkrankheiten. St. hatte Gelegenheit eine solche congenitale Lähmung des ganzen linken Facialis bei einer ohne irgend welche Kunsthülfe geborenen Frau, deren ältere wie jüngere Geschwister normal und ohne Hülfe geboren worden waren, zu beobachten; zugleich war der weiche

Gaumen derselben Seite gelähmt, dagegen wich die Zungenspitze nicht ab; das Gehör war wie in dem Henoch'schen Falle gleichfalls links aufgehoben. Während die erst erwähnten Facialislähmungen in der Regel vollständig heilen, sind die letztgenannten unheilbar, wie auch die begleitende Taubheit einer Besserung nicht fähig ist. Verf. glaubt als Ursache dieser congenitalen Lähmungen eine Missbildung des Felsenbeines annehmen zu müssen, die vielleicht durch einen intrauterinen entzündlichen Process entstanden sein möge.

Strauscheid.

---

698) **T. Davies Pryce** (Nottingham): A certain cutaneous affection occuring in Diabetes. (Eine gewisse bei Diabetes auftretende Hautaffection.) (The Lancet. 14. Juli 1888.)

An zwei mitgetheilte Fälle von Diabetes mellitus, neben welchem zugleich Erythem und Oedem beider Füsse zugegen waren, knüpft P. folgende Bemerkungen:

Diese beiden Hautaffectionen leiteten ihren Ursprung zweifellos von einer peripheren Neuritis her, wie sie gleich dem Alcoholismus und der Bleivergiftung der Diabetes nicht selten hervorzurufen pflegt. Dafür spricht schon ihre symmetrische Vertheilung sowie der Umstand, dass ihre Besserung mit der des Diabetes immer gleichen Schritt hielt.

Ebenso müssen wir uns auch die denselben häufig begleitende Neuralgie und Ataxie zu Stande gekommen denken.

Bezüglich der letzteren fand P. in einem derartigen tödtlich verlaufenen Falle die Medulla intact, dagegen die peripheren (sensiblen, vasomotorischen und trophischen) Nervenfasern in hohem Grade lädirt.

Pauli (Koeln).

---

699) **Tuffier** (Paris): Diabète et néoplasmes.

(Arch. gen. de méd. September 1888.)

Neben den leichtesten und schwersten Formen der Glycosurie entwickeln sich nicht selten sowohl gutartige wie bösartige Neoplasmen, was nicht überraschen wird, da beide Krankheitszustände aus einer und derselben Quelle, der arthritischen Diathese stammen.

Dieselben — der Diabetes erscheint früher als die Neoplasmen — verlaufen gleichmässig, ohne sich wesentlich zu influenciren, jedoch raffen letztere, immer schmerzlos und fähig sich zu verallgemeinern, in Folge ihrer rapiden Entwicklung die Kranken schon hin, ehe noch die terminalen Erscheinungen des Diabetes sich zu manifestiren Zeit gehabt haben.

Pauli (Koeln).

---

700) **Féré** (Paris): Note sur les phénomènes mécaniques de la respiration chez les épileptiques.) (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière 2. 1888.)

F. untersuchte mit Hülfe des Marey'schen Pneumographen die Respiration bei 130 Epileptikern ausserhalb der epil. Anfälle. Er fand, dass bei 67% die Inspiration nicht die normale Zeitdauer erreicht, während die Exspiration abnorm lange dauert. Letztere zeigte in 79% deutliche Pausen, welche in 30% einen regelmässigen Rythmus

erkennen liessen. Ausser diesem saccadirten Typus liess die Exspiration, die normalerweise zuerst rasch, dann langsam vor sich geht, oft einen gleichmässig langsamen Verlauf während der ganzen Dauer erkennen. Die Athempausen während der Exspiration schreibt Verfasser einem Glottisspasmus zu, der momentan den Luftaustritt verhindert; dieser Spasmus scheint daraufhinzuweisen, dass Epileptiker öfter als man denkt an permanenten Zuckungen leiden, und kann er dem Zittern der Zunge und der Glieder, an welchem einzelne constant leiden, verglichen werden. Strauscheid.

---

701) **Ch. Féré** (Paris): Note sur les modifications du pouls dans le paroxysme épileptique, et sur l'influence de l'effort musculaire localisé sur la forme du tracé sphygmographique. (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière Mai und Juni 3. 1888.)

A. Voisin hat zuerst darauf hingewiesen, dass die sphygmographische Curve vor einem epileptischen Anfall kürzer, niedriger und abgerundeter als normal sei, dass nach dem Anfalle die Curve wieder höher wird und einen ausgeprägten Dikrotismus zeigt, der mehrere Stunden anhalten kann. F. macht darauf aufmerksam, dass diese Unregelmässigkeiten keineswegs regelmässig beobachtet werden und auch nicht pathognomonisch sind. Bei den zahlreichen Untersuchungen, die F. in dieser Hinsicht an den Epileptikern von Bicêtre anstellte, fand er, dass im Beginne eines Anfalls zunächst die Respiration sehr oberflächlich wird, während die Pulscurve nur durch die Muskelspannung verändert wird, was während der Dauer des Anfalls anhält. Nach letzterem findet man entweder einen dikroten oder polykroten Puls oder eine Abrundung der Pulskurve oder die Bildung des Plateaus auf dem Gipfel der Curve. Um über die Bedeutung dieses Befundes ein Urtheil zu gewinnen, untersuchte Verf. nun auch den Radialpuls von Gesunden, während der freie oder aber der untersuchte Arm zu längeren Anstrengungen herangezogen wurde. Dabei zeigte sich dass die Veränderungen der Pulscurve infolge eines epileptischen Anfalles durchaus den Veränderungen infolge von Muskelarbeit entsprechen. Demnach giebt die Pulsuntersuchung keinerlei Anhalt zur Entscheidung der Frage, ob ein Anfall ein echt epileptischer oder ein simulirter sei, was früher vielfach behauptet wurde. Strauscheid.

---

702) **Ch. Féré** (Paris): Un cas de lentigo unilatéral chez un épileptique. (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière Mai, Juni 3. 1888.)

Bei einem jugendlichen Epileptiker, dessen Anfälle hauptsächlich die linke Seite betrafen, beobachtete Verf. auf der rechten Hälfte von Hals und Brust und auf dem rechten Arme gelbbraune Flecken von sehr verschiedener Grösse, welche die Haut nicht überragen; die übrige Haut ist unverändert. Da die linke Gesichtshälfte etwas atrophisch ist, und die Convulsionen auch hauptsächlich links lokalisirt sind, so nimmt Verf. an, dass die trophischen Störungen auf dieser Seite die Bildung der Hautkrankheit verhindert haben.

Strauscheid.

---

703) **R. Vizioli** (Neapel): Spasmi ritmici localizzati di natura isterica. (Giornale di neuropatologica. Mai, Juni 1888.)

Bei einem 15 jährigen Knaben, dessen Vater und Onkel an Tic convulsif litten, traten rythmische clonische Zuckungen in fast allen motorischen Cerebralnerven auf mit Ausnahme der oculomotorii und der vagi; die Zuckungen waren rechts etwas stärker wie links; sie hörten nur während des Schlafes auf; der Wille oder sonstige Reize vermochten sie nicht zu hemmen. Bei genauerer Untersuchung fand man bei ihm zwei hysteralgische Zonen und eine beträchtliche concentrische Gesichtsfeldeinschränkung. Verf. sieht desshalb auch die Zuckungen als solche hysterischer Natur an und glaubt sie auf eine functionelle Alteration der peripheren Nerven zurückführen zu müssen. Die Prognose solcher Fälle ist sehr vorsichtig zu stellen; litt doch eine Patientin der Salpêtrière 39 Jahre an einem solchen Uebel. Als Therapie schlägt Verf. die Anwendung von Bromsalzen in nicht zu kleiner Dosis (bis 6,0 pro die) vor, die auch in obigem Falle eine beträchtliche Besserung herbeiführte. Strauscheid.

---

704) **Fischer** (Kreuzlingen): Ueber Codein. (Corr. f. Schweiz. Aerzte 1888. Nro. 19.)

Nachdem der Verf. seit mehr als 5 Jahren in all den Fällen, wo Morphium indicirt erscheint, sich des Codeins bedient hat, empfiehlt er dieses sicher wirkende und entschieden weit weniger gefährliche und verhängnissvolle Mittel zu geeigneten Versuchen dringend.

Die ersten Codeinverordnungen machte Verf. in einer grossen Anstalt für Phthisiker, die das ganze Jahr durchschnittlich von 90 Patienten besucht war, und bald wurde daselbst Morphium innerlich in keinem einzigen Falle mehr verabreicht. Seitdem ist er dem Codein auch in der Privatpraxis treu geblieben, ohne dass er es je zu bereuen gehabt hätte. In allen Fällen (es waren nur wenige), wo die Wirkung zu wünschen übrig liess, lag die Schuld an dem Präparate, denn *nicht in allen Apotheken ist gutes Codein vorräthig.*

Codein ist da indicirt, wo wir Morphium zu geben pflegen. Da das Codein aber entschieden weit weniger gefährlich wirkt, und eine Angewöhnung nur sehr selten erfolgen dürfte, darf seine Anwendung getrost verbreitert werden und in all jenen Fällen ohne Bedenken erfolgen, wo wir der unangenehmen Wirkungen wegen das Morphium nicht zu geben wagen. So steht Verf. z. B. nicht an, das Codein täglich mehrere Male zu verwenden, auch wo er weiss, dass das Leiden längere Zeit dauern wird, und es ist ihm nicht ein einziger Fall erinnerlich, wo jene schrecklichen Folgen eingetreten wären wie sie nach langem ununterbrochenem Morphiumgenuss so regelmässig sich zeigen.

Vor Allem eignet es sich denn für alle Fälle von quälendem Husten bei Phthisikern, bei Bronchitiden, namentlich wenn die Secretion nicht zu massenhaft ist, und in allen Fällen von Schlaflosigkeit, wenn das schlafstörende Moment nicht heftigste Schmerzen sind. Es ist letzteres der einzige Punkt, wo Verf. dem Morphium entschieden den

Vorzug einräumt; Morphium bekämpft Schmerzen prompter und auch in der Erzeugung des wonnigen Gefühles ist es dem Codein über, was vielleicht gerade für das Codein sprechen dürfte. — Es ist nicht unerwähnt zu lassen, dass Verf. eine grosse Zahl von Fällen zur Verfügung hat von Patienten, die mit Abscheu von Morphium und Chloral als Schlafmittel sprechen, von der Codeinwirkung aber betreffend Schlafes entzückt waren.

Auch äusserlich, in Suppositorien, in Inhalationsflüssigkeiten, in Salben etc. — stets ist die Wirkung die erwartete, und in keiner Form war es möglich, schädliche oder nur unangenehme Nebenwirkungen zu constatiren.

Was die Dosirung anbetrifft, so muss die Dosis erheblich grösser sein, als die entsprechende Morphiumdose. Einer Morphiumdose von 0,01 entspricht eine Codeindose von 0,025—0,03. Diese Gabe kann Phthisikern getrost 3—4 Mal in 24 Stunden gereicht werden. Verf. gibt es meist in Pulvern, doch theilt es sich mit dem Morphium in den bittern Geshmack, so dass es oft der leichten Correction wegen als Mixtur aufgeschrieben werden muss.

Zum Schlusse protestirt Verf. gegen die Angabe in fast allen Büchern der Arzneimittellehre, dass das Codein unsicher undschwach narkotisch wirke. Es ist hier wie in gar vielen Fällen: diese Bemerkung geht von einem Buch ins andere und von einer Auflage in die andere.

---

705) **Albert Eulenburg** (Berlin): Ueber Simulo als Antepilepticum und Antihystericum. (Therapeutische Monatshefte 1888 August.)

Da gegenwärtig Empfehlungen einer Tinctura Simulo als antepilepticum von englischer Seite (W. Hale White in der Lancet vom 31. März) erscheinen, die ohne Zweifel auch ihren Weg nach Deutschland finden werden, so ist die Mittheilung der von Verf. schon seit 9 Monaten gemachten Erfahrungen sehr dankenswerth. Er machte die Bekanntschaft des Mittels in der sehr reichhaltigen Abtheilung für Pharmakologie der mit der vorjährigen Naturforscher-Versammlung in Wiesbaden verbundenen wissenschaftlichen Ausstellung, durch den dort anwesenden Vertreter von Thomas Christy & Co. (25 Lime Street, London). Die Ausstellung enthielt Simulo-Früchte und eine daraus hergestellte Tinctur. Die Früchte, von Capparis corriacea, haben — nach dem Drogenbericht von Th. Christy (September 1887) — äusserlich am meisten Aehnlichkeit mit einer getrockneten unreifen Zwetsche; sie sind ungefähr 2 cm lang, $1^1/_2$ cm breit, mit einem $^1/_2$—$1^1/_2$ cm langen Stiel versehen. Die fast steinartig harte Schale ist von aussen rothbraun, von innen hellgrün gefärbt, und enthält etwas eckige linsengrosse Samen, von mandelartigem Aussehen, aus einem weissen Kern mit graugelber Samenhülle bestehend. Die Samen sind von bitterem Geschmak und in eine extractartige braune Masse von süsslichem Geschmack eingebettet. Den eingezogenen Erkundigungen zufolge sollte das Mittel von Larrea und von Hutchison in Glasgow als Antepilepticum

und Antihystericum benutzt und empfohlen worden sein, und zwar die aus dem Samen bereitete Tinctur innerlich theelöffelweise. E's Bemühungen, durch zwei hervorragende Berliner Botaniker Näheres über die Provenienz und Eigenschaften der Droge etc. in Erfahrung zu bringen, lieferten leider wenig Ausbeute; er erfuhr nur, dass „Capparis coriacea Burch" am Kap einheimisch und der ebenfalls dort wachsenden Capparis oleoides Burch, welche erbsengrosse knotenartige Schoten hat, sehr ähnlich sein solle; über etwaige Nutzanwendung der Pflanze in ihrer Heimath zu Heilzwecken war nichts zu ermitteln.

Die Tinctur selbst erhielt E. durch Dr. Kade's Apotheke. Das Mittel wurde längere Zeit hindurch bei 7 Kranken (4 Epileptischen, 3 Hysterischen) in Anwendung gezogen, wobei in der Regel mit der Einzeldosis von $^1/_2$ Theelöffel begonnen und bis auf 2 Theelöffel, 2 – 3 mal täglich, gestiegen wurde Irgend welche üble Nebenerscheinungen wurden selbst bei fortgesetztem Gebrauche der grösseren Dosen bisher niemals beobachtet, und scheint das Mittel in dieser Beziehung gänzlich harmlos zu sein, so dass wenigstens dem „ne noceamus" durch dasselbe entsprochen wird. Hinsichtlich der positiven Wirksamkeit bei den oben genannten Neurosen dürfte sich das Endurtheil freilich kaum so anerkennend gestalten. Als *Antihystericum* ist das Mittel *entschieden bedeutungslos*. In den drei Fällen von Hysteria gravis mit den typischen Erscheinungsformen derselben, hysteroepileptischen Anfällen u. s. w. zeigte es auch als Palliativ so geringen Nutzen, dass von seiner Verwendung in weiteren ähnlichen Fällen Abstand genommen wurde. Die allerdings von zwei Patienten angegebene temporäre Besserung ihres subjectiven Befindens konnte vielleicht mehr auf das therapeutische Novum als solches, als auf dessen pharmakodynamische Action zurückgeführt werden. Ein wenig günstigere Ergebnisse lieferte die *antepileptische* Verwendung; doch war eigentlich nur in einem von den hierhergehörigen 4 Versuchsfällen das Resultat ein derartiges, um wenigstens von weiteren Versuchen in dieser Richtung nicht ganz zu entmuthigen.

An ein Mittel, welches den Namen eines Antepilepticum verdienen soll, wird man, zum mindesten die Anforderung stellen müssen, dass es als Palliativ die krankhafte Disposition zu epileptischen Entladungen seitens der Grosshirnrinde, die excessive Erregbarkeit der letzteren herabgesetzt; dass es die *Frequenz* und womöglich auch die *Intensität* der Anfälle, sowie deren Rückwirkung auf das Allgemeinbefinden in nachhaltiger Weise günstig beeinflusst. Die Bromide leisten dies bekanntlich in so hervorragender Weise — und bei richtiger Behandlungstechnik — im Allgemeinen auch so sicher und zuverlässig, dass sie nachgerade fast alle übrigen medicamentösen Mittel aus der Behandlung der Epileptiker verdrängt oder überflüssig gemacht zu haben scheinen. Indessen giebt es doch, wie die tägliche Erfahrung lehrt, Fälle genug, in denen es in hohem Grade erwünscht wäre, den Bromiden andere therapeutische Agentien von möglichst gleicher Wirksamkeit und verhältnissmässig gleicher Innocuität zu substituiren. Einerseits begegnen uns Fälle, in denen trotz

sorgfältigster Auswahl, Combination, Dosirung und Darreichung, also trotz zweckmässigster Behandlungstechnik die Bromide auf die Dauer in keiner Weise vertragen werden und die bekannten psychischen und somatischen Depressionserscheinungen u. s. w. in besorgnisserregendem Grade hervorrufen. Gewissermassen im Gegensatz dazu existirt eine (wenn auch viel beschränktere) Anzahl von Fällen, in denen die Bromide, weit entfernt beruhigend oder gar deprimirend zu wirken, vermöge einer noch unerklärten Idiosynkrasie der betreffenden Individuen heftige bis zu Convulsionen, furibunden Delirien und maniakalischen Zuständen gesteigerte Exaltationserscheinungen zur Folge haben. Verf. hat dies allerdings nur dreimal in exquisiter Weise beobachtet Endlich aber giebt es Fälle genug, in denen die Bromtherapie selbst bei möglichster Steigerung der Dosis und bei ausdauerndster Anwendung eine nur ungenügende Wirkung insofern entfaltet, als es nicht gelingt, die Frequenz (und Intensität) der Anfälle über ein gewisses Mass hinaus — auch nur bis zu wochen- und monatelangen Intervallen — herabzudrücken und somit den Kranken das Gefühl einer wenigstens temporären Sicherung vor den gefürchteten Krankheitsmanifestationen zu geben. — Fälle dieser drei Categorien insbesondere sind es, welche die zeitweise oder bleibende Substituirung der Brompräparate durch anderweitige, den oben formulirten Anforderungen entsprechende Medicamente so wünschenswerth machen. Wenn wir nun hierauf die von *Tinct. Simulo* erhaltenen Wirkungen prüfen, so muss es als höchst zweifelhaft erscheinen, ob wir in dieser Tinctur ein zum Ersatz der Brompräparate irgendwie geeignetes und ausreichendes Arzneimittel besitzen. *In 3 unter 4 Fällen zeigte sich die Wirkung der Simulotinctur offenbar schwächer und unsicherer als die der Bromide bei mittlerer (6—9 g betragender) Tagesdosis; nur an einem einzigen, der dritten obigen Categorie zuzurechnenden Falle konnte vorübergehend von einer Superiorität der Wirkung gegenüber den Bromiden — jedoch immerhin noch bei insufficienter Gesammtwirkung beider Mittel — gesprochen werden.* Dieser Fall betraf einen 18 jährigen Mann mit seit 7 Jahren bestehender Epilepsie auf familiär neuropathischer Grundlage; äusserst häufige Anfälle von classischer Epilepsie und von petit mal (bei allmählich anwachsenden Intervallärsymptomen) die auch durch jahrelangen Gebrauch der Bromide in Tagesdosen bis zu 12 g nicht weiter als auf 4—8 kleinere oder grössere Anfälle in der Woche reducirt werden konnten. Der Gebrauch von Simulo leistete erst dann etwas, als bis zu den grösseren Dosen ($1^1/_2$—2 Theelöffel, 2—3 mal täglich) gestiegen worden war; alsdann gelang es, die Anfälle auf 2 bis 5 — niemals weniger als 2 — in der Woche herabzudrücken wobei Pat. eine Zeit lang sich kräftiger und frischer, im Ganzen leistungsfähiger zu fühlen glaubte, als beim Gebrauch der Bromide. Ueber fünf Monate hindurch wurde der Versuch in der Weise fortgesetzt, dass Patient 1—2 Wochen nur Simulo, dann ebenso lange die Bromsalzcomposition (10 g täglich) einnahm; fast ausnahmslos war dabei die Zahl der Anfälle in den Wochen des Simulo-Gebrauches etwas geringer und das subjective Befinden besser als in den Wochen

des Gebrauches der Bromide. Später stellte sich ein combinirtes Verfahren als zweckmässig heraus, indem Patient ausser ca. 5 g — also halber Gesammtdosis — von Bromiden noch zwei Theelöffel Simulotinctur, auf zwei Einzeldosen vertheilt, innerlich gebrauchte und bei dieser Medication ungefähr dasselbe Resultat erzielte, wie beim alleinigen Gebrauche der grösseren Simulodosen. Schliesslich versagte jedoch auch dieses Verfahren; die Zahl der Anfälle stieg wieder; Patient befand sich in den Intervallen schlechter und drang enttäuscht selbst darauf, die Simulo-Behandlung zu suspendiren.

Nach diesen allerdings nicht sehr ausgedehnten Erfahrungen möchte Verf. die *Simulotinctur als Antepilepticum für nicht gerade gänzlich wirkungslos* ansehen — glaubt aber doch aussprechen zu können, dass dieselbe im Allgemeinen *den Brompräparaten auch nicht entfernt gleichzustellen* ist und höchstens in seltenen Ausnahmefällen sich zur Substitution, oder allenfalls zur Combination mit den Bromsalzen eignet. Sehr wünschenswerth wäre es übrigens, dass recht bald von berufener Seite die pharmako-dynamische Wirkung der Droge einer Prüfung unterzogen und eventuell der wirksame Bestandtheil derselben isolirt dargestellt würde.

---

706) **A. Pitres** (Bordeaux): Étude sur quelques equivalents cliniques de l'épilepsie partielle ou jaksonienne. (Revue de médecine. 8. 1888.)

Während die klinischen Aequivalente des epileptischen Anfalles schon lange bekannt und gewürdigt sind, sind Aequivalente der Jackson'schen Epilepsie nur wenig beobachtet; ihrem Studium ist vorstehende Arbeit gewidmet. Pitres unterscheidet zwei Hauptgruppen von Aequivalenten, nämlich psychisch-sensorielle, die wieder in sensitive, sensorische und psychische geschieden werden können, und paralytische.

Eine Anzahl von Pat. haben neben typischen Anfällen von Rindenepilepsie plötzliche Anfälle von Taubsein, Prickeln, Stechen, Kältegefühl in denselben Extremitäten, wo sonst die Zuckungen beginnen. Andere, deren Anfälle irgend welche Lichterscheinungen, wie das Sehen eines rothen Scheines, das Gefühl einer plötzlichen Blendung, oder Geräusche auf einem Ohre etc. vorauszugehen pflegen, haben von Zeit zu Zeit nur diese Sensationen, ohne dass sich Zuckungen anschliessen. In seltenen Fällen sind überhaupt nie motorische Erscheinungen vorhanden, sondern nur sensible vorhanden, so bei einem Pat., der anfallsweise Kriebeln und Stechen in der rechten Hand bekam, das sich rasch über Arm und Gesichtshälfte derselben Seite verbreitete, um nach einer Dauer von 2 Minuten einem stundenlang anhaltenden Gefühl von Taubheit Platz zu machen. Charcot hat 2 derartige Fälle als épilepsie partielle sensitive beschrieben, hierbei bleibt das Bewusstsein immer erhalten. In manchen Fällen sind es Gesichts- und Gehörshallucinationen, die, wie sie den typischen Anfällen vorausgehen oder folgen, so sie auch nicht selten vertreten. In sehr seltenen Fällen beobachtet man psychische Aequivalente der

Corticalepilepsie, nämlich maniakalische Erregung, die sich in heftigen Zornausbrüchen, lautem Schreien, Ideenflucht kund gibt oder instinctive Zwangshandlungen, die z. B. einen Pat. während des Spazierengehens plötzlich trieben, die Passanten zu schlagen und zu stossen.

Analog den psychisch-sensoriellen Aequivalenten der Jackson-'schen Epilepsie sind die paralytischen. So kommt es vor, dass Pat. ohne irgend welche Convulsionen plötzlich eine vorübergehende Lähmung eines Gliedes oder einer ganzen Körperseite bekommen; besonders oft sind solche Erscheinungen bei Gehirnsyphilis beobachtet worden. Diese Beobachtungen sind nach der Jackson'schen Theorie kaum zu erklären, da doch hier keine Erschöpfung der motorischen Rindencentren angenommen werden kann, weil eben keine motorische Reizerscheinungen voraufgingen. Alle angeführten Symptome sind als larvirte Anfälle von Corticalepilepsie aufzufassen; sie unterscheiden sich von den nicht selten ähnlichen Aequivalenten der wahren Epilepsie durch die intacte Erhaltung des Bewusstseins während ihrer ganzen Dauer.

Strauscheid.

---

707) **E. C. Spitzka** (New-York): Cases of masturbation (masturbatic insanity). (Journ. of ment. science. April, Juli, Oktbr. 1887; April, Juli 1888.)

Wenn auch die Masturbation bei einer Reihe von Geisteskrankheiten eine grosse Rolle spielt, so ist es doch eine bestimmte Form von primärer Demenz, welche allein den Namen des masturbatorischen Irreseins verdient, weil sie nach der Meinung des Verf. nur nach ausgedehnter Onanie vorkommt, und weil die Intensität ihrer Symptome dem Grade, in welchem das Laster betrieben wurde, entspricht.

Das typische masturbatorische Irrescin kommt meistens zwischen dem dreizehnten und zwanzigsten Jahre vor; es überwiegt bei weitem bei dem männlichen Geschlechte, bei dem ja auch die Onanie ungleich mehr verbreitet ist, wie bei dem weiblichen. In der Mehrzahl der Fälle stammen die Patienten von geistig oder körperlich kranken Eltern, wenn auch Geisteskrankheit selbst in der Ascendenz ziemlich selten beobachtet wird. Fast nie werden bei den Pat. zahlreiche körperliche Krankheitssymptome vermisst, wie sie in gleicher Weise bei nicht geisteskranken, inveterirten Onanisten angetroffen werden. In der Regel sind die Pat. schwach, anämisch, haben Herzklopfen, kalte Extremitäten, Anorexie und alle Erscheinungen, die der Spinalirritation zukommen. Insbesondere erwähnt Verf. plötzliche, wie durch einen elektrischen Schlag hervorgerufene Zuckungen, wie sie während des onanistischen Orgasmus vorkommen, Parese der unteren Extremitäten, Erhöhung, Erlöschen oder Asymmetrie der Kniephänomene, Ataxie der Beine, Blasenstörungen, Asthenopie, seltener Gesichtsfeldeinschränkungen, myotische Pupillen (im Anfange der Excesse sind sie eher weit), Glycosurie, trophische Störungen als beachtenswerthe Symptome der masturbatorischen Neurose, Symptome, die es wahrscheinlich machen, dass in einzelnen Fällen nicht nur funktionelle Störungen des Nervensystems unserer Krankheit zu Grunde liegen. Eine ziemlich constante Erscheinung ist ferner der Occipitalkopfschmerz,

wie er mit dem Gefühl der Pulsation im Kopfe nicht selten besonders heftig nach onanistischen Excessen auftritt. Was die psychischen Symptome der Erkrankung angeht, so sind sie im Beginne fast von Tag zu Tag wechselnd und auch während eines Tages am Morgen nach den nächtlichen Excessen viel stärker hervortretend als im weiteren Verlaufe des Tages. Zunächst gewahrt man bei den Pat. Unaufmerksamkeit, Zerstreutheit, geringe Ausdauer in der Arbeit, geistige Trägkeit und Schwäche; Hand in Hand damit geht die Angst, dass man das Laster in den Gesichtszügen lese, ausserdem mannigfache andere Befürchtungen, die zuweilen zu Gewaltthätigkeiten Veranlassung geben. Im weiteren Verlaufe der Krankheit beginnen die Pat. allerhand kindische Sachen, wie z. B. Sammlung werthloser Gegenstände, Schreiben läppischer Tagebuchberichte etc.; zugleich lassen sie die heuchlerische Maske der Frömmigkeit und Tugendhaftigkeit fallen, und fröhnen offen, in schamlosester Weise ihrem Laster. So schreiten sie rasch voran auf der Bahn zur völligen Demenz und Apathie, welche letztere allerdings nicht selten anfallsweise auftretender Gewaltthätigkeit oder Scheltwuth Platz macht; auch Perioden von depressiver Stimmung mit taeduim vitae und Suicidalversuchen, oft in Verbindung mit Katalepsie werden beobachtet. In weniger schlimmen Fällen, wo die intellectuellen Kräfte relativ verschont bleiben, findet man grosse moralische Verkommenheit und Mangel aller altruistischen Gefühle. Die von manchen Autoren beschriebene Idee, eine unverzeihliche Sünde begangen zu haben, bemerkt man fast nie bei unseren Pat.

Das klinische Bild des masturbatorischen Irreseins wird modificirt durch den früheren Charakter des Patienten; bei cholerischen, sanguinischen Naturen findet man öfter Projektmacherei, herrisches, naseweises Benehmen; beim gegentheiligen Temperament Aengstlichkeit, melancholische und hypochondrische Tendenzen; doch können auch diese verschiedenen Zustände abwechseln. Die hypochondrischen depressiven Ideen trifft man vorzüglich bei Pat. im Alter von 20 bis 35 Jahren. Sehr oft finden sich Zwangsideen, folie du doute und dergl. im Beginne der geistigen Erkrankung, zumal wenn zugleich Spermatorrhoe besteht. In manchen Fällen gleicht das klinische Bild ausserordentlich dem der Hebephrenie.

Die voll entwickelte Krankheit bietet eine ziemlich schlechte Prognose. Sind noch Zeichen vom Scham vorhanden, und wird die schlechte Gewohnheit abgelegt, so ist eine Heilung möglich, doch ist dies ausserordentlich selten (2%). Die Prognose ist um so schlechter, je älter der Patient ist.

Aus den differentialdiagnostischen Bemerkungen mag hervorgehoben werden, dass Hebephrenie sich durch die grössere Beständigkeit der Symptome von dem masturbatorischen Irresein unterscheidet; dort ist nicht der tagtägliche Wechsel der Erscheinung, es fehlt der scheue, müde Blick der Onanisten, die Sprache macht den Eindruck eines von Anfang an minderwerthigen Geistes, während die der Masturbanten als Ausdruck eines zu Grunde gerichteten Geistes erscheint; bei Hebephrenie werden mehr Pläne geschmiedet, die bei Onanisten seltener

sind und nicht festgehalten werden. Was die pathologische Anatomie angeht, so fand Verf. bei einem Pat., der über 60 Jahre Onanie getrieben hatte, eine Verkleinerung der Cauda equina und des lumbalen Rückenmarks, Hydrocephalus internus et externus, Atrophie der Gehirnrinde mit Cystenbildung, sowie zwei Erweichungsherde. In therapeutischer Hinsicht betont Verf. die Irrigkeit der Ansicht derer, welche glauben, dass die Vollziehung des Coitus alle krankhafte Erscheinungen infolge der Masturbation verschwinden mache. Er empfiehlt die Klagen der Pat. schon im Anfange zu berücksichtigen und zu behandeln, da die Beseitigung auch nur einer nicht selten eine Besserung in jeder Beziehung zur Folge habe. Strauscheid.

III. Aus den Vereinen.

I. Schweizerische Naturforscher-Gesellschaft.

Medicinische Section. 7. Aug. 1888. (Corresp. für Schweiz. Aerzte 1888. Nro. 19.)

708) Prof. **Lichtheim** (Bern): *Ueber hereditäre, progressive Muskelatrophie.*

Der Vortragende theilt Beobachtungen über eine bisher noch nicht bekannte Form von hereditärer, progressiver Muskelatrophie mit. Zunächst berichtet er über den gegenwärtigen Stand unserer Anschauungen über diese Krankheit und betont, dass man sie gegenwärtig wohl ziemlich allgemein für eine reine Muskelerkrankung halte, während diejenigen Fälle, die man früher für eigentliche Krankheitstypen ansah, nach ihrem anatomischen Befunde fast alle in den Rahmen der amyotrophischen Lateralsclerose gehören, andere auch in den der Bulbärparalyse.

Die von dem Vortragenden mitgetheilten Beobachtungen betreffen drei Brüder; ein vierter (der zweitjüngste) Bruder ist gesund; analoge Erkrankungen bei den Vorfahren sind nicht bekannt. Der jüngste Bruder, ein 30jähriger sonst gesunder Mann, suchte Zuflucht im Inselspital. Bei seiner Aufnahme hielt man sein Leiden für eine spinale Affection. Er zeigte bedeutende Schwäche und Atrophie der kleinen Handmuskeln, in geringem Grade auch der Strecker an den Vorderarmen, am ganzen Körper auffallend reichlich fibrilläre Zuckungen; in den atroph. Muskeln hatten sie wenig den Character des Muskelflimmerns; sie betrafen vielmehr die atroph. Muskeln als Ganzes und führten zu kleinen Locomotionen der von ihnen bewegten Theile; starke Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit der beiden Stromesarten in den atroph. Muskeln; im Abductor pollicis brevis der rechten Hand zeigte sich die träge Zuckung der Entartungsreaction. Was einzig gegen eine spinale Affection sprach, war die Angabe, dass zwei Brüder analoge Störungen zeigten.

Die weitere Untersuchung liess aber sehr auffallende Veränderungen an den Füssen erkennen. Beim Liegen waren die Grundphalangen der Zehen stark überstreckt, so dass die Extensorensehnen

stark prominirten; die Zwischenräume waren bedeutend eingesunken. Patient hatte auf die Verbildung der Füsse kein Gewicht gelegt, da sie ihn im Gehen nicht störte; beim Stehen glich die Belastung der Füsse die Difformität aus. Nur beim Tragen schwerer Lasten empfand er einige Schwäche in den Füssen.

Während sich die Störungen der obern Extremität innerhalb der letzten zwei Jahre entwickelten, existirte die Verbildung der Füsse schon seit langer Zeit. Patient glaubt, dass er bis zum 7. Lebensjahre normale Füsse gehabt habe. Seit langem schon ist der Zustand der Füsse stabil.

Genau dieselben Veränderungen zeigten die beiden ältesten Brüder, welche der Vortragende ebenfalls kannte. Beim ältesten Bruder waren die Klauenfüsse in noch höherem Grade ausgebildet. Ihre Entwicklung begann im 6. Jahre. Die Atrophie der Handmuskeln hingegen war etwas geringer als beim jüngsten, obschon ihr Beginn schon 6 Jahre zurückdatirt. Fibrilläre Zuckungen wie beim jüngsten Bruder; einfache Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit gegen beide Stromesarten in den atroph. Muskeln; Entartungsreaction nicht nachweisbar.

Der zweitälteste Bruder bot die gleichen Erscheinungen dar, nur durchwegs in viel geringerem Grade.

Es handelte sich also in diesem Falle um eine neue Form der hereditären progressiven Muskelatrophie, die im jugendlichen Alter in der Muskulatur der Füsse beginnend, später auf die Handmuskeln übergreift. Sie charakterisirt sich durch ihren sehr langsamen Verlauf und die geringe Neigung zur Progression.

709) **von Monakow** (Zürich): *Ueber die Bedeutung der verschiedenen Ganglienzellenschichten im Gyrus sigmoideus der Katze.*

Er berichtet über die secundären Atrophien in der Rinde des gyrus sigmoid. nach Durchtrennung der vordern Abschnitte der innern Capsel bei einer neugebornen Katze. Das Thier lebte 6 Monate. Die Operation geschah durch Eindringen mit dem scharfen Löffel vom Gyrus coronarius aus, dicht hinter der Grenze des Gyr. posteruciat. (Gyr. sigmoid.). Der grösste Theil des Parietalhirns wurde geschont; das Occipitalhirn blieb ganz unlädirt.

Der bemerkenswertheste Befund dieses Gehirns zeigt sich im Thalamus optic. und in der Pyradenbahn, welche hochgradige Degeneration verriethen. Die vordern Partien des äussern Sehhügelkernes und der Gitterschicht waren beträchtlich geschwunden; daran anschliessend partielle Atrophie der Rindenschleife und der gekreuzten Kerne der Hinterstränge (Goll'scher und Burdach'scher Kern), ein neuer Beweis für die vom Vortragenden zuerst betonte Abhängigkeit letzerer Kerne vom Parietalhirn („Corr.-Blatt für Schweizer-Aerzte" 1884, Nr. 6 und 7.)

Der nahezu totale Schwund der Pyramidenbahn bewies, dass ihr Antheil in der innern Kapsel zum grössten Theil durchtrennt worden war. Wie bei der im „Corr.-Blatt" 1884, Nr. 6 und 7 erwähnten, des Parieto-Occipitallappens und des Pyramydenantheils der innern

Capsel beraubten Katze zeigte sich auch hier secundäre aufsteigende Degeneration im Stabkranz und in der Rinde des Gyrus sigmoid., in der letzteren lediglich Atrophie der 3. Schicht, d. h. der Riesenpyramidenzellen.

Der Vortragende fasst diese secundäre Atrophie des Gyr. sigmoid., als eine durch die Durchtrennung der Pyramidenfasern bedingte auf. Durch vorliegenden Versuch sei es ziemlich sicher, dass die Pyramidenfasern den Betz'schen Zellen entstammen, welcher Schluss allerdings dem Waller'schen Gesetze (das auch schon von Forel als unrichtig angesehen) widerspricht.

Redner ist überhaupt der Meinung, dass in der ganzen Grosshirnrinde nur die grossen Pyramydenzellen der 3. Schicht Axencylinder in die innere Capsel entsenden, dass die kleinen Pyramidenzellen und ein Theil der Ganglienzellen der centralen Schichten den Commissuren- und Associationsfasern Ursprung geben. In der tiefsten (5.) Schicht der Rinde sind aber zellige, nervöse Elemente anzunehmen, deren Axencylinder in dem Nervennetze sich blind auflösen (Ganglienzellen 2. Categorie von Golgi); in dieselben Nervennetze lösen sich aber auch die den Ganglienzellen des Thalamus optic. entstammenden Axencylinder, die der Rinde zustreben. Die Verbindung zwischen diesen und jenen Zellen der ventralen Schicht, vom Redner „Spaltzellen" genannt, ist eine indirecte, durch die Grundsubstanz vermittelte. Die meisten Endigungen der Stabkranzfasern in die Rinde müssen in dieser Weise gedacht werden. — Zum Schluss wurden darauf bezügliche microscopische Präparate demonstrirt. Ausführlicheres wird an einem andern Orte erscheinen.

II. Aerztlicher Verein in Hamburg.

Sitzung vom 25. September 1888. (Münch. Medic Wochenschr. 1888 Nr. 40. Ref. von Jaffé.)

Vorsitzender: Herr Eisenlohr.

710) **Nonne** (als Gast): *Ueber diagnostische Bedeutung und Localisation des Patellarreflexes.*

Zu den Hauptsymptomen einer *organischen* Rückenmarksaffection gehört die reflectorische Pupillenstarre und das *Fehlen des Patellarreflexes*, auch das Westphal'sche *Phänomen* genannt. Das von Westphal entdeckte Centrum für dieses Symptom liegt im Lendenmark, in einer Zone der Hinterstränge, die als „Wurzeleintrittszone" bezeichnet worden ist. Von allen Symptomen der Tabes ist dies das am besten localisirte; fast immer fanden sich an der betreffenden Zone ausgesprochene Degenerationsvorgänge. Nonne berichtet über zwei Fälle eigener Beobachtung.

1) Ein Mann, der vor 4 Jahren Syphilis hatte, erkrankte an einem Recidiv derselben und Lungentuberculose. Derselbe zeigte einseitiges Fehlen des Patellarreflexes, sonst kein tabetisches Symptom. Später schwand der Reflex auch auf der anderen Seite. Die Autopsie ergab typische Hinterstrangsdegeneration; die erwähnte Zone war beiderseits afficirt, am stärksten auf derjenigen Seite, wo der Reflex am längsten gefehlt hatte.

Der Streit, ob jede Tabes auf luetischer Basis beruhe (Erb contra Leyden, Westphal u. A.) ist noch nicht entschieden.

2) Ein kyphoscoliotischer Mann, Potator, kam wegen Magen-Darmkatarrh und Delirium tremens in's Krankenhaus. Der Patellarreflex fehlte auf der einen Seite. Tod nach 6 Tagen an Inanition. Die Section zeigte eine beginnende acute Myelitis, die im Lendenmark nur einseitig in der Wurzeleintrittszone vorhanden war.

Das Fehlen des Patellarreflexes ist ferner bei folgenden Affectionen noch beobachtet: 1) bei progressiver Muskelatrophie, 2) bei Polymyositis, 3) bei Trichinosis, 4) bei Poliomyelitis anterior, acute und chronische, 5) bei multipler peripherer Neuritis. Dieselbe tritt spontan auf oder als toxische Form, so bei Blei-, Arsen-, Kupfer-, und Alkohol-Vergiftungen, ferner nach Diphtherie. In drei Fällen fehlenden Patellarreflexes bei Delirium tremens fand Vortragender Degenerationen in den peripheren Nerven, dasselbe ebenfalls in einem Fall von Typhus. Das Rückenmark war dabei stets normal. Bei einem in Agone beobachteten fehlenden Patellarreflex fand Nonne nichts. 6) bei Diabetes. Ein einschlägiger Fall, den Nonne untersuchen konnte, ergab negativen Befund.

Zum Schluss gibt Vortragender noch eine Uebersicht über die gangbaren Theorien über das Zustandekommen des Patellarreflexes, wobei er der von Erb aufgestellten Reflextheorie zustimmt.

Diskussion: Reinhard erwähnt, dass bei alten und decrepiden Leuten der Patellarreflex fehlen könne, was mehr zu Gunsten der Westphal'schen Muskeltonus-Theorie spräche.

Eisenlohr glaubt, dass ein gewisser Muskeltonus immer vorhanden sein müsse, um das Phänomen zu erzeugen. Uebrigens existiren wohl constatirte Fälle von Tabes mit erhaltenem Sehnenreflex.

Zum Zusammenhang der Syphilis mit Tabes erwähnt Eisenlohr, dass bei letzterer gummöse Veränderungen der Meningen mit Uebergreifen des Processes auf das Mark vorkämen. Auch circumscripte Veränderungen in den Hintersträngen sind bei Syphilis beobachtet. Die therapeutischen Resultate einer antisyphilitischen Cur bei Tabes sind nicht immer so schlecht, wie vielfach angegeben wird. Besonders bei frühzeitiger Behandlung treten oft Stillstände des Processes ein.

Ausser den von Nonne erwähnten Affectionen sah Eisenlohr auch bei hochgradiger nervöser Erschöpfung Fehlen des Patellarreflexes. Die Wiederkehr eines ganz geschwundenen Reflexes hat Eisenlohr nie gesehen, wohl aber das Stärkerwerden eines früher nur schwach vorhandenen.

Fränkel geht näher auf den Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes ein. Er hält die Tabes nicht für eine luetische Erkrankung, glaubt vielmehr nur, dass Syphilitiker leichter zu Tabes disponiren.

Eisenlohr hält den Zusammenhang der beiden Affectionen doch für directer, als Fränkel angenommen.

IV. Feuilleton.

Bei der grossen Erregung, welche in Preussen die Ministerial-Verfügung vom 19. Januar 1888 über die Aufnahme von „Menschen“ in Privat-Anstalten hervorruft, (siehe d. Centralbl. Nro. 6 pag. 188) ist es sicherlich von grossem Werthe die im Mai erschienene, denselben Gegenstand betreffende landesherrliche Verordnung des Grossherzogs von Baden kennen zu lernen. Wir drucken die Verordnung ohne jeden Commentar ab, machen aber doch auf die wohlthuende Gerechtigkeit aufmerksam, mit der hier die öffentlichen und privaten Irrenanstalten behandelt werden; hier giebt es wirklich Gleichheit vor dem Gesetz. Redaction.

Landesherrliche Verordnung.

Das Verfahren bei Aufnahme von Geisteskranken und Geistesschwachen in öffentliche und private Irren- und Krankenanstalten betreffend.

Friedrich, von Gottes Gnaden Grossherzog von Baden,
Herzog von Zähringen.

Wir haben auf den unterthänigsten Antrag *Unseres* Staatsministeriums verordnet und beschlossen, was folgt:

§ 1.

Zur Aufnahme eines Geisteskranken oder Geistesschwachen in eine *öffentliche oder private Irrenanstalt* des Landes ist erforderlich:

1. ein von den nächsten Verwandten des Kranken — Ahnen, Nachkommen, Ehegatten oder Geschwistern — oder von dessen Vormund beim Bezirksamte des Wohnorts des Kranken gestelltes Aufnahmegesuch. Falls der Kranke im armenrechtlichen Sinne hilfsbedürftig ist, kann das Gesuch auch von dem zur Unterstützung verpflichteten Armenverbande nach Vernehmung der nächsten Verwandten und beziehungsweise des Vormundes gestellt werden.

   Dem Gesuche muss eine Schilderung der Seelenstörung des Kranken beigelegt werden, welche nach Anleitung des anliegenden Fragebogens der Bezirksarzt des Wohnorts des Kranken entweder selbst gefertigt, oder, falls sie von einem anderen (dem behandelnden) Arzte herrührt, bezüglich Frage 6 des Fragebogens bestätigt hat;
2. eine schriftliche Aeusserung des Bezirksamts über die Statthaftigkeit der Aufnahme. Gesuche um Aufnahme von Kranken, deren Wohnort ausserhalb Badens liegt, in eine öffentliche Irrenanstalt sind mit den vorgeschriebenen Belegen (Ziffer 1) dem der Anstalt vorgesetzten Ministerium vorzulegen. Bezüglich der Aufnahme solcher Kranken in eine private Irrenanstalt ist das Bezirksamt, in dessen Bezirk die Anstalt liegt, zuständig.

§ 2.

In dringenden Fällen kann auf Antrag der Angehörigen die fürsorgliche Aufnahme eines Geisteskranken in eine öffentliche Irrenan-

stalt stattfinden, wenn zuvor die Dringlichkeit entweder durch Anführung von Thatsachen nachgewiesen und seitens des Bezirksamts oder Bezirksarztes bestätigt wird, oder mittelst persönlicher Untersuchung des Kranken seitens des Vorstandes einer öffentlichen Irrenanstalt des Landes festgestellt ist.

§ 3.

Auch ohne Ansuchen der in § 1 Ziffer 1 bezeichneten Personen kann die Aufnahme eines Geisteskranken oder Geistesschwachen in eine *öffentliche Irrenanstalt* stattfinden:

1. wenn der Kranke von einer Seelenstörung befallen ist, die ihn für sich oder Andere gefährlich oder für die öffentliche Schicklichkeit anstössig macht, oder wenn er in Bezug auf Aufsicht, Schutz, Verpflegung oder ärztlichen Beistand verwahrlost wird.

   In einem solchen Falle hat das Bezirksamt, in dessen Bezirk der Kranke sich aufhält,

   a. die Zeugen, welche über den Zustand des Kranken Auskunft geben können, zu vernehmen;
   b. den Gemeinderath darüber zu hören, ob der Kranke nicht in anderer Weise, als durch Aufnahme in die Anstalt, passend untergebracht werden könne, und
   c. die in § 1 Ziffer 1 erwähnte Darstellung zu geben.

   Auf Grund dieser Erhebungen, zu welchen geeigneten Falls noch ein Gutachten der Direction der Irrenanstalt einzufordern ist, entscheidet das Bezirksamt nach Berathung im Bezirksrath darüber, ob der Kranke in die Anstalt aufzunehmen sei oder nicht und benachrichtigt ersterenfalls die Direktion zum Vollzug;
2. wenn nach § 81 der Strafprocessordnung für das Deutsche Reich das Gericht die Aufnahme eines Angeschuldigten zur Beobachtung verfügt;
3. wenn das Gericht als Obervormundschaftsbehörde in Fürsorge für die Person eines wegen Geisteskrankheit zu entmündigenden nach § 600 der Civilprocessordnung für das Deutsche Reich dessen Aufnahme für erforderlich hält und anordnet;
4. auf Anordnung des Ministeriums der Justiz, des Kultus und Unterrichts bei Strafgefangenen.

§ 4.

In anderen öffentlichen Krankenanstalten (Kreispflege-Anstalten, Bezirks-, Gemeinde- oder Stiftungsspitälern) können Geisteskranke oder Geistesschwache nur auf Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses aufgenommen werden, welches die psychiatrische Behandlung und die Unterbringung in eine Irrenanstalt für nicht erforderlich erklärt. Dieses Zeugniss muss von dem für den Wohnort des Kranken zuständigen Bezirksarzte oder von dem Vorstand einer öffentlichen Irrenanstalt ausgestellt sein.

§ 5.

Vorübergehend können ferner in solchen Krankenanstalten Geisteskranke und Geistesschwache aufgenommen werden, wenn durch ein Zeugniss des für den Wohnort des Kranken oder für den Ort der

Anstalt zuständigen Bezirksarztes bestätigt wird, dass die Aufnahme dringlich und die Unterbringung in eine Irrenanstalt zur Zeit nicht ausführbar ist.

In diesen Fällen hat die Anstaltsverwaltung spätestens 14 Tage nach der Aufnahme des Kranken dem Bezirksamte des Wohnorts desselben die Aufnahme anzuzeigen und die Actenstücke, auf Grund deren die letztere erfolgt ist, nebst einer gutächtlichen Aeusserung des Anstaltsarztes vorzulegen.

Das Bezirksamt erörtert, nach Vernehmung der nächsten Verwandten, nöthigenfalls von Zeugen, ferner des behandelnden Arztes und des Bezirksarztes, geeignetenfalls auch des Gemeinderaths, Armenverbands, die Krankheits- und sonstigen Verhältnisse und trifft nach Prüfung derselben eine den Betheiligten zu eröffnende Entscheidung darüber, ob die Unterbringung in der Anstalt zulässig sei oder nicht, und letzternfalls, ob die Ueberführung des Kranken in eine öffentliche Irrenanstalt einzuleiten oder nach § 2 Ziffer 2 anzuordnen sei.

Vorstehende Bestimmungen finden sinngemässe Anwendung auch in dem Falle, wenn ein Pflegling, der *nicht* wegen Geisteskrankheit in die Anstalt aufgenommen wurde, erst nach der Aufnahme sich als geisteskrank erweist.

§ 6.

Von jeder Aufnahme eines Geisteskranken oder Geistesschwachen in eine öffentliche Krankenanstalt sowie von jeder Aufnahme eines Kranken in eine Privatirrenanstalt hat der Vorstand der Anstalt dem Bezirksarzt, in dessen Bezirk die Anstalt gelegen ist, binnen 24 Stunden unter Vorlage der Aufnahmepapiere Anzeige zu machen.

§ 7.

Die für die staatlichen Irrenanstalten des Landes bestehenden Statuten bleiben in Kraft, soweit sie mit den Bestimmmungen gegenwärtiger Verordnung nicht im Widerspruch stehen.

§ 8.

Vorstehende Verordnung tritt mit dem Tage ihrer Verkündigung in Wirksamkeit.

Gegeben zu Karlsruhe, den 23. Mai 1888.

Friedrich.

Turban. (Minister.)

Auf Seiner Königlichen Hoheit höchsten Befehl:
von Chelius.

Fragebogen

für die Aufnahme in eine öffentliche oder private Irrenanstalt des Landes.

1. Vor- und Zuname, Alter (Geburtstag und Jahr), Religion, Geburts- und Wohnort des Kranken.

2. Namen und Stand der Eltern und Geschwister, Charaktereigenthümlichkeiten, Gesundheitsverhältnisse, etwaige Krankheiten, Todesarten bei denselben. Waren Nerven- und Geisteskrankheiten in der Familie und bei welchen Gliedern?

3. Geschichte des Kranken: a. Ursprüngliche körperliche und geistige Beanlagung. Erziehung. b. Frühere Erkrankungen, besonders des Centralnervensystems, sowohl während der Kindheit und Pupertät, als auch während des späteren Alters. c. Stand: verheirathet, verwittwet, ledig? Kinder? wie viel? Gesundheitsverhältnisse derselben, Todesursache bei etwa verstorbenen. d. Lebensweise (regelmässige, unregelmässige, angestrengte?). e. Muthmassliche Ursachen der Erkrankung: 1. Physiche Kopfverletzungen, Trunksucht, Krämpfe, Menstruationsstörungen, Schwangerschaft und Wochenbett, acute Erkrankungen anderer Organe, wie Lungenentzündung, Typhus. 2. Moralische: Kummer, Vermögensverluste etc.

4. Verlauf der Erkrankung: a. Wann begann dieselbe? b. Allmähliger oder plötzlicher Beginn? c. Unter welchen Symptomen? Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Depression, Exaltation, Neigung zum Selbstmord, Gewaltthätigkeiten-, Ernährungs-, Verdauungs- und Menstruationsstörungen, Sinnestäuschungen, Krämpfe, Aenderungen in der Sprache, im Gang, Lähmungszustände, Gedächtnissabnahme? d. Waren freie Zwischenzeiten vorhanden und welcher Art waren dieselben?

5. Art der bisherigen Behandlung.

6. Gutachten über die Aufnahmsqualification: a. Ob voraussichtlich heilbar. b. Wenn unheilbar, ob der Kranke gemeingefährlich ist, die öffentliche Schicklichkeit verlezt oder gänzlich hilflos ist.

Briefkasten der Redaction.

Dr. Max T. in B. Es ist doch eigentlich selbstverständlich, dass die Redaction nicht verantwortlich sein kann für den Inhalt der Originalaufsätze; dafür stehen die Verfasser selbst ein.

I. Jahrgang unseres Centralblattes!

Die Nachfragen nach dem längst vergriffenen ersten Jahrgang unseres Centralblattes (1878) haben in der letzten Zeit so zugenommen, dass dem Plane eines Nachdruckes nähergetreten werden soll, wenn die genügende Zahl von Exemplaren des ersten Jahrgang vorher fest bestellt wird. Der Jahrgang wird zu M. 6 bis 7 geliefert werden. Feste Bestellungen, die zur Abnahme und Zahlung binden, sind an die Verlagsbuchhandlung von **Th. Thomas** oder an mich zu richten.

Dr. Erlenmeyer.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig. Druck von **Philipp Werle** in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. 1. November 1888. Nro. 21.

Inhalt.

I. Originalien. I. Beiträge zur Pathologie und Chirurgie des Grosshirns. Von Dr. L. Goldstein in Aachen. II. Die klinischen Resultate der Kraniometrie und Kephalometrie. Von Prof. Dr. Moriz Benedikt in Wien.

II. Referate und Kritiken. Benedikt: Kraniometrie und Kephalometrie. Siemerling: Zur Lehre von der congenitalen Hirn- und Rückenmarkssyphilis. von Frankl-Hochwart: Ueber Intentionskrämpfe. Spitzka: Delirium grave. Gradenigo: Die electrische Reaction des nervus acusticus. Verga: Zur Geschichte und Theorie des moralischen Irreseins. Deventer: Geistesstörung und Herzkrankheit. Westeneng und Tellegen: Brandstiitung durch einen Schwachsinnigen. Tellegen: Psychiatrische Reiseeindrücke aus Wien und Graz. Bericht der Inspecteurs des niederländischen Irrenwesens aus dem Jahre 1886.

III. Aus den Vereinen. Königliche Academie für Medicin und Chirurgie zu Neapel.

I. Originalien.

I.

Beiträge zur Pathologie und Chirurgie des Grosshirns.*)

Von Dr. L. GOLDSTEIN in Aachen.

A) Zwei Fälle von Aphasie nach Schädel- und Hirnverletzung.

Zwei der neurologischen Section der 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Köln vorgeführte Fälle bieten meiner Ansicht nach des Interessanten so mancherlei, dass es sich lohnt, etwas näher, als es die beschränkte Zeit eines Vortrages erlaubt, auf dieselben einzugehen.

Der erste betrifft eine 23jährige Fabrikarbeiterin Katharina Kohl, „welche in den ersten Tagen des November vorigen Jahres eine

*) Erweiterung eines in der neurolog. Section der 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte gehaltenen Vortrags.

complicirte Fraktur des linken Schläfen- und Scheitelbeins erlitt. Die Fragmente wurden von dem Oberarzte des Mariahilfhospitals Dr. Riedel entfernt, so dass ein 5 markstückgrosser Defekt entstand. Es zeigte sich ein Hämatom der Dura und als letztere incidirt wurde, floss das Blut ab und Hirnmasse quoll aus der Wunde, die zum Theil gequetscht war, so dass etwa 2 Theelöffel voll abgetragen werden mussten. Der Puls zählte vor der Operation 60, gleich nach derselben 80 Schläge in der Minute. Patientin war vollständig aphasisch.

So weit der Spitalsbericht.

Acht Tage nach stattgehabter Verletzung untersuchte ich auf Riedel's Wunsch die Patientin und habe sie seitdem fortdauernd beobachtet. Ich fand ein kräftiges, gesundes Mädchen, an welchem sofort eine Facialisparese rechterseits auffiel, welche namentlich die unteren und mittleren Zweige betraf.

Auf der *linken* Schädelseite präsentirt sich ein grosser Knochendefekt im Schläfenbein befindlich und bis in's Scheitelbein hinaufragend; er ist etwa 6 Ctm. lang und ebenso breit; von der Mitte des Kopfes (der Corronarnaht) misst man 11 Ctm., von der Augenhöhle $6^1/_2$ Ctm., vom Warzenfortsatz 5 Ctm. bis zur Wunde. Aus derselben quillen Theile von 2 Hirnwindungen hervor, der Lage nach dem Schläfenlappen angehörend. Die Fraktur geht nach oben etwa 3 Ctm. in's Scheitelbein.

Patientin ist rechtshändig. Sie versteht offenbar alles, mas man zu ihr spricht; sie zeigt an den Extremitäten keinerlei Lähmungserscheinungen und, soweit sich bestimmen lässt, keine Sensibilitätsstörungen. Die Zunge ist *nicht* gelähmt. Nach Aussage der Hospitalärzte konnte sie in den ersten Tagen ihres Hospitalaufenthaltes vor und nach der Operation absolut nichts sprechen.

Die von mir beobachteten aphatischen Störungen waren folgender Natur: Patientin spricht „ja" und „nein", letzteres undeutlich als „ein"; sie antwortet auf die Frage, wie sie heisse, zunächst „ja" und „nein", später nach eindringlicher Wiederholung der Frage kann man verstehen, dass sie Kohl sagen will, sie sagt aber nur etwa „ohl".

Eine ausgeprägte *Agraphie* besteht nicht. Sie lässt zwar beim Schreiben vielfach Buchstaben aus, schreibt auch einige Male Anderes als der Frage Entsprechendes hin, so dass es schwer zu unterscheiden ist, ob sie die Frage völlig begriffen. Sie soll z. B. angeben, ob sie rechts oder links Schmerzen hat, worauf sie sich lange besinnt und dann „23 Jahre" schreibt. Kurz darauf, nach Wiederholung der Frage, schreibt sie: „am Kopfe im Lere"; letztes Wort soll offenbar „Ohre" heissen. Auf die Frage wie alt sie sei, schreibt sie: „2 Novebenens 13 obens"; soll wohl heissen am 13. November Abends, die 2 ist unverständlich, denn Patientin ist, wie sie später aufschrieb, am 13. November 1862 geboren. Auf die Frage, wie sie heisse, schreibt sie: Kohl Kathina. Statt „ja" „nein", schreibt sie: „Ja" „neis". Aus einem vorgelegten Buche schreibt sie richtig und leidlich schön ab. — Seit dem 20. November spricht sie zusammengesetzte Worte, antwortet „Tag", als ich am 22. bei einem Besuche ihr „guten Tag"

bot. Von da ab tagtäglich Besserung; die Fortschritte im Sprechen waren mit jedem neuen Tage ersichtlich, so dass sie etwa 4 Wochen nach der Verletzung wieder im vollen Besitze ihrer Sprache war. Die Facialisparese war schon einige Tage nach meinem ersten Besuche geschwunden. Ein geringer Theil Hirnmasse stiess sich noch ab, die übrige retrahirte sich in die Oeffnung des Schädels, die Wunde überzog sich allmählich mit einer dichten Membran, die noch heute besteht. Am 4. Februar dieses Jahres, also 4 Monate nach stattgefundener Verletzung, konnte die Patientin als geheilt aus dem Spitale entlassen werden.

Ich habe sie jedoch fortdauernd im Auge behalten. Am 20. März d. J. stellt sie sich mir wieder vor. Der „Schädeldefekt" ist durch eine ziemlich feste Membran völlig verdeckt, man sieht darunter das Hirn deutlich pulsiren. Patientin gibt an, nicht in Schlaf kommen zu können, wenn sie sich Abends auf die linke Seite lege. Sie behauptet ferner, nach der Verletzung und nach der Operation sei ihr Verstand fort gewesen, sie habe fast nichts hören können und die Buchstaben, die sie geschrieben, seien zehr gross gewesen. Das einzige, was an ihr objektiv wahrnehmbar war, war ein gelindes Schwanken bei geschlossenen Augen. Sie schreibt auf mein Geheiss ganz correkt und für ein Mädchen ihres Standes leidlich schön. Arbeiten kann sie in der Fabrik nicht, sie wird schwindelig, sobald sie das Getriebe dort sieht und hört. Den Buchstaben Z kann sie nicht aussprechen und behauptet, dies frührer gekonnt zu haben. Wenn sie schnell sprechen will, geht es nach ihrer Aussage nicht so recht, da sie ein Steifigkeitsgefühl in der Zunge verspüre. Später sagte sie mir einmal, sie könne nicht behalten, was ihr aufgetragen würde und was sie läse, sie sei ganz „dumm" geworden.

Der am 1. Mai auf meinen Wunsch vom Collegen Dr. Alexander aufgenommene *Augenbefund* lautet: Herabsetzung des Sehvermögens beiderseits bis auf $^{17}/_{70}$ des Normalen. Das periphere Gesichtsfeld ist gleichmässig und concentrisch eingeengt, besonders nach oben. Beide Papillen sind hyperämisch, sonst normal. Die rechte Pupille ist ein klein wenig weiter, als die linke und reagirt etwas träger; consensuell reagiren beide gleichmässig. —

Eine ganz kürzlich mit der Patientin angestellte Untersuchung ergibt keine wesentliche Veränderung in Bezug auf Sprache und Geistesthätigkeit. Die von dem Mädchen behauptete Langsamkeit im Sprechen fällt dem Beobachter nicht auf und es macht im Allgemeinen den Eindruck eines in seinen intellektuellen Fähigkeiten nicht gestörten Individuums. Die neueste Augenuntersuchung vom 11. September d. J. ergibt dieselbe Sehschärfe wie oben, aber das *periphere Gesichtsfeld der linken Seite* ist auffällig mehr eingeschränkt, als das der rechten. —

Der *zweite* Fall ist älteren Datums; ich verdanke die Notizen über denselben der Güte des Prof. Riedel, welcher von Jena aus mir dieselben zustellte mit dem Bemerken, dass er ihn als Seitenstück zur

Katharina Kohl auffasse und dass ich des Mannes in Aachen vielleicht noch habhaft werden könne.

Der jetzt 31 jährige Anstreicher Leonhard Bend aus Aachen wurde am 5. Februar 1883 um die Fastnachtszeit mit einem eisernen Ringe gegen die *linke* Kopfseite geschlagen, worauf er bewusstlos zusammenstürzte, sich aber bald soweit erholte, dass er im Verlaufe der nächsten Tage sich kaum krank fühlte. Sonnabend den 10. also 5 Tage nach erlittener Verletzung, ward er plötzlich *sprachlos*, kommt Abends mit hohem Fieber in's Hospital (Wunde ist phlegmonös geworden) und wird *Sonntags* am Morgen operirt. Temperatur 40,0, Puls 84 in der Minute. Es fand sich ein ungefähr 1 Markstück grosses Knochenstück an der Schläfengegend, dicht über dem Jochbogen besonders am unteren Rande tief eingetrieben; nachdem dasselbe entfernt, bemerkte man in der Dura ein stecknadelkopfgrosses Loch, für den Sondenknopf durchgängig. Spaltung der Dura von diesem Loche aus, wonach sich Gehirnbrei mit Blutgerinsel, kein eigentlicher Eiter vordrängte. Lister'scher Verband. Keine Lähmung der Extremitäten, nur *linker* Facialis etwas tangirt. Patient, bei Bewusstsein, *will antworten, kann aber nicht.*

Montag Morgens: Temp. 38,2. Puls 64. Sprache kehrt nicht wieder.

Dienstag: Eklamptischer Anfall mit Bewegungen von Armen und Beinen und Verziehung des Gesichtes nach rechts bei total weiten Pupillen und starker Cyanose, welcher Zustand nach 8 Minuten schwindet, um wieder dem alten Lächeln Platz zu machen, das wider Willen immer besteht. Puls während des Anfalls ruhig wie immer und sehr wenig frequent (64).

15. II. Patient hat keinen Anfall wieder gehabt, ist fieberlos, spricht wieder „ja“ und „nein“. Das zertrümmerte Gehirn ist deutlich vorgetrieben.

22. II. Entleerung von ca. 20,0 vorgetriebener Hirnsubstanz.

25. II. Beginnende rechtsseitige Pleuropneumonie, die allmählich die ganze rechte Lunge einnimmt.

6. III. Patient täglich besser, *spricht wieder.* Das vorgefallene Gehirn überzieht sich mit Granulationen, retrahirt sich mehr und mehr. Die Dämpfung der rechten Seite geht zurück.

1. IV. Gehirnvorfall ganz verschwunden, ebene, granulirende, gut heilende Fläche.

Bis dahin geht Riedel's Brief, welchen ich durch den gütigst von Dr. Classen aus dem Protokollbuche des Spitals ausgezogenen Bericht ein wenig ergänzen konnte. Nach einiger Mühe gelang es dann auch, den Mann aufzufinden und fand ich einen ganz gesunden rechtshändigen Menschen, welcher den Knochendefekt fast absolut genau an derselben Stelle wie Katharina Kohl darbot, und somit sowohl hinsichtlich der aphatischen Erscheinungen, als auch des Sitzes der Verletzung ein genaues Pendant zu jener bildete. Vom Warzenfortsatze bis zum unteren Rande des Defektes misst man 6 Ctm.; die

quer durch das Schläfenbein gehende, mit dichter Membran überzogene Wunde misst 6 Ctm. und ihre grösste Breite beträgt 3 Ctm. Auch hier ging augenscheinlich die Fraktur bis in's Scheitelbein hinein.

Auf mein Befragen erzählte der Mann, dass er an dem Tage, an welchem er in's Hospital gekommen, völlig *stumm* gewesen sei, dass er auch nicht habe *schreiben* können, dass er aber alles verstanden habe, was er leise las. Er behauptet, dass seine Sprache langsamer geworden sei, wie früher, was sich von mir nicht entscheiden liess — auffällig war das Langsamsprechen jedenfalls nicht. Seine Anverwandten sowie er selbst geben an, dass er leicht vergesslich sei und ich selbst constatirte dies in so weit, als er sich kleinere Aufträge, die ich ihm für den folgenden Tag ertheilte, notiren musste. Sonst ist keinerlei Veränderung an dem Mann wahrnehmbar, er geht seinem Geschäfte nach jeder Richtung hin nach ist somit vollständig schwindelfrei.

Der Augenbefund (Dr. Alexander) ist völlig normal.

Abgesehen von dem chirurgischen Interesse, das derartige grosse complicirte Schädelfrakturen jeder Zeit haben, zumal wenn sie wie hier mit Spaltung der Dura, Verlust von nicht unbedeutender Menge Hirnsubstanz und Hirnprolaps einhergehen und schliesslich unter Anwendung aller aseptischer Cautelen zur Heilung gelangen, sind diese beiden Fälle auch in so fern von Wichtigkeit, als man annehmen muss, dass bei der Gleichmässigkeit der Erscheinungen und demselben Sitze der Verletzung annähernd die gleichen Hirntheile getroffen gewesen sind.

Die Haupterscheinung war diejenige der Aphasie und zwar, wenn wir der von Wernicke eingeführten Nomenclatur folgen, einer reinen *motorischen Aphasie*, die in dieser Reinheit nicht sehr häufig zur Beobachtung kommt. Charakteristisch kennzeichnet Jastrowitz*) diese Form, indem er schreibt: „was dem motorisch Aphasischen fehlt, ist jener höhere, complicirtere, eigenthümliche Mechanismus, vermittelst dessen die Bewegungen nicht zum Laut, nicht zur Sprache zusammengefasst werden, welcher vergessen, oder direkt und indirekt gelähmt darnieder liegen kann. Es ist bei der seltenen, reinen motor. Aphasie, wo der Kranke völlig stumm, dabei aber intelligent ist, ein exquisit motor. Mechanismus, der einem solchen Patienten fehlt, nicht die Coordinationsvorstellung, sondern die Fähigkeit der Coordination qua Bewegung".

Bekanntlich geschieht nun der articulatorische und motorische Impuls zur Wortbildung vom unteren Theil der Centralwindung aus und vom Gyr. frontal. infer. sinister. Es ist wohl einer der festgefügtesten Sätze in der Localisationslehre, dass eine Verletzung der letzteren Stelle motorische oder ataktische Aphasie erzeugt. Die Verletzung in unseren beiden Fällen war nun derartig, dass es nicht ausgeschlossen ist, dass direkt die dritte linke Stirnwindung betroffen war. Man müsste dann annehmen, dass die verhältnissmässig schnelle

*) M. Jastrowitz: Beiträge zur Localisation im Grosshirn und über deren practische Verwerthung. Deutsche Medicin. Wochenschr. 1888, Nro. 5 u. ff.

Restitution der Sprache durch das vicariirende Eintreten der anderen Hemisphärenparthie bewirkt worden sei. Im Fall 1), in welchem ich die hervorgetretenen Hirntheile gesehen, schienen es allerdings Theile des Schläfenlappens zu sein, wofür ja auch der Sitz der Fracturstelle im Allgemeinen sprach. Nimmt man eine Verletzung dieser Parthien an, so hätte man ein direktes Betroffensein der hinteren 2 Drittheltheile der obersten Schläfenwindung auszuschliessen, denn hier in der sogenannten Wernicke'schen Windung haben wir den Sitz der *sensorischen* Aphasie zu suchen. Die schwachen Andeutungen einer solchen in Fall 1 jedoch berechtigen uns nicht, daran zu denken. Aber es braucht ja die 3. linke Stirnwindung nicht direkt betroffen gewesen zu sein, es können immerhin ödematöse Schwellung und vermehrter Druck den functionellen Ausfall hervorgerufen haben. Es ist ja bekannt, dass verschiedene Formen der Aphasie durch verschiedene, zuweilen selbst entlegene Hirnrindentheile hervorgerufen werden können, vorausgesetzt, dass die Herde nur gross genug sind. Jastrowitz (l. c.) hat letzteren Satz aufgestellt gelegentlich der Mittheilung eines Falles (Centralbl. für practische Augenheilkunde 1877 p. 254) bei welchem amnestische und ataktische Aphasie nebst Hemianopsie und rechtsseitiger Parese bedingt wurden durch eine Geschwulst im Occipitallappen, die bis in den Präcuneus Erweichung gesetzt hatte. Um dies verständlich zu machen erinnert er an Nothnagel's Ausführung, wonach die 3. linke Stirnwindung und die übrigen absoluten motor. Rindenfelder Sammelpunkte darstellen für das psychische Geschehen auf der gesammten Hirnrinde, Sammelpunkte, in welchen durch die Associationsfasern von den verschiedensten Stellen der Rinde her der Innervationsimpuls in die functionell isolirte Stabkranzfaserung eintritt.

Nicht unerwähnt will ich lassen, dass in Naunyn's*) Zusammenstellung sich ein Fall befindet (Simon: Berl. klin. Wochenschrift 1871) der herangezogen zu werden verdient. Sturz vom Pferde und Schädelfraktur; plötzlich eingetretene Sprachlosigkeit ohne Lähmung, bei klarem Bewusstsein und Vermögen, sich durch Zeichen zu verständigen. Vor dem Tode (nach 21 Tagen eingetreten) einige Besserung: es können einige Worte ausgesprochen werden.

Sectionsbefund: Knochensplitter der Tabula vitrea am *linken* Schläfenbeine herausgeschlagen steckt in der 3. linken Stirnwindung; diese, die anliegenden Theile der 2. und der Insel erweicht und mit Blutextravasaten durchsetzt.

Es lassen sich noch mancherlei Erscheinungen an unseren beiden Patienten der Discussion unterziehen: so die leichten, schnell vorübergegangenen Störungen des Facialis, der eine Rindenreizung bekundende einmalige epileptische Anfall beim 2. Patienten, welcher der Beschreibung nach das Bild der reinen Jackson'schen Epilepsie darbot, die bei beiden Patienten bestehende Gedächtnissschwäche, sowie die Einengung des linken Gesichtsfeldes bei Fall 1. Letztere Erscheinung erinnert

*) Naunyn: Ueber die Localisation der Gehirnkrankheiten. Verhandlungen des VI. Congresses für innere Medicin 1887.

ja sehr an die Störungen des Sehvermögens, die einzelne Experimentatoren fern vom Occipitallappen bei Thieren erzeugt haben. Jedoch adhuc sub judice lis est. Auch ist in meinem Falle der Process noch nicht abgelaufen und bleibt abzuwarten, ob ein Stillstand eintritt oder eine progressive Verschlechterung sich geltend macht. Bei Fall 2 kann man wohl jetzt, 5 Jahre nach der Verletzung annehmen, dass die vorhandene Gedächtnissschwäche sich nicht vergrössert, bei Fall 1, wo der Hirnverlust, wie das Eingesunkensein der betroffenen Parthie bezeugt, bedeutender gewesen zu sein scheint, wie im zweiten Falle, ist erst ein Jahr verstrichen und können sich immer noch etwaige Degenerationen bemerkbar machen. Darüber, wie über etwa noch vorzunehmende Studien über Hirnbewegungen, wozu beide Patienten mit ihren lebhaften Hirnpulsationen tauglich erscheinen, werde ich vielleicht später einmal berichten. — — —

B) Ein Fall von operirtem Hirnabscess.

Am 20. Januar dieses Jahres wurde ich Mittags auf Veranlassung meiner Collegen Riedel und d'Asse zu dem 33 Jahre alten Schweinemetzger Wilhelm Quadflieg gerufen, um festzustellen, ob und eventuell an welcher Stelle trepanirt werden sollte. Ich fand Collegen Thier anwesend, welcher eine doppelseitige Stauungspapille, Erweiterung der Pupille rechterseits constatirte. Paresen der Augenmuskeln fehlten.

Ich fand einen schwer kranken Mann im Bette liegend, welcher seit längerer Zeit an rasenden Kopfschmerzen gelitten hatte. Puls bedeutend verlangsamt, 40—32 Schläge in der Minute. Die Respiration war regelmässig, die Sprache langsam, schleppend, in Absätzen erfolgend, jedoch bestand *keine* Aphasie. Sensorium frei. Auf rechter Schädelseite rasende Kopfschmerzen, die auf Druck an einzelnen Punkten noch verstärkt wurden. Ein Punkt zeichnete sich unter diesen aus und der entsprach etwa der Stelle, in die man den Sitz der sog. motor. Centren verlegt hat. *Linker* Arm war paretisch — die noch ausgelösten Bewegungen erfolgen langsam, mit sichtlicher Anstrengung; *linkes* Bein ebenfalls paretisch, doch etwas weniger als der Arm. Kniephaenomen rechts stärker wie links. Sensibilität normal. Kein Fieber.

Der behandelnde Arzt des Patienten, Dr. d'Asse, holte Abends meine Diagnose ein. Dieselbe lautete: Es befindet sich ein Raum beschränkendes Gebilde im Gehirn rechterseits, höchst wahrscheinlich in dessen Peripherie. Die Natur des Gebildes ist mit Sicherheit nicht festzustellen. Ein Trauma war nicht vorhergegangen, das Schädeldach überall unverletzt gefunden. Der enorm gesteigerte Druck im Gehirn lässt Gefahr für das Leben erkennen und desshalb schlage ich sofortige Operation und zwar an der Stelle des grössten Druckschmerzes vor, da sie ziemlich genau dem Sitz der sogen. motor. Region rechterseits entspricht, wohin der supponirte Tumor zu verlegen ist, wodurch auch die linksseitigen Paresen ihre Erklärung finden. Ich führte aus, dass es allerdings auffallend sei, dass keine Reizsymptome vorhergegangen und dass der facialis völlig intakt sei, was letzteres zu Gunsten der

Operation gedeutet werden könnte, da der Sitz der Geschwulst noch peripherer sein müsste, als wenn das Facialiscentrum mit ergriffen wäre. Schlimmsten Falls fänden wir kein patholog. Produkt an der bezeichneten Stelle, dann würde aber jedenfalls der enorm gesteigerte intracranielle Druck zunächst gehoben werden und dem Kranken dadurch bedeutende Erleichterung verschafft.

Nach diesen Ausführungen theilte mir College d'Asse mit, dass er an dem betreffenden Tage gegen 7. p. m. den Patienten viel schlechter angetroffen, dass die Paresen in Arm und Bein schon zu völligen Paralysen ausgebildet seien und das Sensorium nicht mehr ganz frei sei. Dadurch wurde die Möglichkeit, dass wir es mit einem Abscesse zu thun haben, viel grösser und die Operation viel dringender.

Am folgenden Morgen (21. Jan.) 9. h. fanden wir den Patienten völlig somnolent, auf keine Frage mehr antwortend, Puls wie gestern. Nachdem die vorbereitenden Akte vorgenommen waren, wurde von Riedel an der von mir bezeichneten Stelle ein Knochenstück mit Meissel und Hammer abgehoben, welches etwa $3^1/_2$ Ctm. in Länge und Breite mass. Es zeigte sich eine bläuliche, ungemein straff gespannte Dura, nach deren Incision eine grünlich-gelbe eitrige Masse herausquoll, zerfallene Hirnsubstanz mit Eiter durchsetzt darbietend. Die zunächst vorgefallene Hirnmasse wurde mit dem Messer entfernt und die Oeffnung auf etwa 5 Ctm. im Durchmesser erweitert. Der Hirndruck presste darauf eine Menge normal aussehenden Hirns vor. Die Blutung war gering. Sublimatverband.

Die mikroskopische Untersuchung (Riedel) ergab Eiterkörperchen, zerfallenes Hirngewebe und Mastzellen. Wir hatten also einen Hirnabscess gefunden, genau an der Stelle. wo er von uns vermuthet war.

Puls nach der Operation 72 Schläge in der Minute. In der Nacht grosse Unruhe, Delirien.

Tag nach der Operation Morg. P. 108, Temp. 36. Paralyse lässt nach. Arm und Bein noch paretisch. Pupillen gleich, Sensorium frei. Grosser Durst.

23. I. Beim Verbandwechsel pfeift Pat. ein Lied.

Augenuntersuchung (Thier): Stauungspapille noch vorhanden. Venöse Hyperaemie rechts etwas geringer wie früher.

24. I. Im linken Bein und l. Arm lässt sich Herabsetzung des Tastgefühls beobachten. Sensibilität abgestumpft, Druck- und Temperaturgefühl bedeutend abgeschwächt. Gefühl für Lagerung der Glieder erhalten. *Ataxie* im linken Arm und linken Bein. Motor. Functionen gut, Temp. und Puls blieben normal.

30. I. (9 Tage nach der Operation). Patient kann stehen und gehen. Die Besserung ging stetig voran, der überaus grosse Prolaps, heftig pulsirend, überzog sich mit dichten Granulationen.

Der *Augenbefund* am 3. März zeigte beiderseits bedeutende Besserung, *links* ist eine eigentliche Stauungspapille gar nicht mehr zu erkennen, *rechts* ist noch leichte Verschleierung und Verwaschensein der Pupille in ihren Begrenzungen vorhanden. Beiderseits noch venöse

Hyperaemie und besonders rechts hie und da Reste des alten Exsudates als isolirte Plaques. Gesichtsfeld normal.

Um diese Zeit wurde der Hirnprolaps photographirt und gezeichnet. Die ungefähren Maasse desselben betrugen am 17. März, also zu einer Zeit, als er schon nicht unbeträchtlich gegen den Anfang verkleinert war, 11 Ctm. in der Länge, 6 Ctm. in der Breite und etwa 4 Ctm. in der (grössten) Höhe.

Das Allgemeinbefinden des Mannes ist um diese Zeit, also *2 Monate* nach der Operation, vortrefflich, die *Ataxie* hat sich bedeutend gebessert, der Patient geht den ganzen Tag umher, ist schon wieder die Treppe hinunter in sein Geschäftslokal gegangen. Gefühlsstörungen bestehen noch fort. Am 31. III. zeigt mir der Kranke einen 2 seitigen, gut stilisirten von ihm geschriebenen Brief.

Am Prolaps selbst aber gehen Veränderungen vor. Zunächst bildet sich eine cystenartige Erhöhung am linken Rande, welche reichliche Menge brauner Flüssigkeit absondert; dann kommt es zur Abstossung zerfallener Gehirnmasse, welche das Allgemeinbefinden nach und nach zu trüben anfängt. Am 12. April Morgens sollen Zuckungen im *linken* Mundwinkel und später auch im Unterkiefer aufgetreten sein (Reizung des Facialiscentrums?). Wir incidirten desshalb (Riedel war inzwischen nach Jena berufen worden) die erwähnte Vorbuchtung, aus welcher zerfallenes Hirngewebe und viel seröse Flüssigkeit abfloss. Vielfach Klagen über Schwindel.

Der Augenbefund aus dieser Zeit (Thier) lautet: Wesentliche Besserung auf beiden Augen. Links tritt die Pupille bereits wieder ziemlich scharf in ihren Grenzen hervor, auch die übrigen Stauungserscheinungen im venösen System der Retina sind wesentlich geringer. Jedenfalls ist der Unterschied zwischen rechts und links scharf ausgeprägt in sofern, als links die Besserung weiter fortgeschritten ist.

Beiderseits liest Pat. mittelfeine Druckschrift. Auf Grund einer Accomodationsparese, die eben erst jetzt, wo er Leseversuche macht, in die Erscheinung tritt, vermag er nicht lange zu lesen. Soviel steht fest, dass die für Druckerscheinung sprechenden Symptome seit der Operation mit jedem Tage mehr geschwunden sind.

Am 23. April sollen wiederum Zuckungen des Gesichts, der Zunge und auch des Armes und Beines *linkerseits* da gewesen sein. Die Reihenfolge konnte von den Angehörigen nicht genau angegeben werden. Bei meiner Ankunft zuckte der linke Arm noch schwach.

So weit konnten Dr. d'Asse und ich im hiesigen bezirksärztlichen Verein am 3. Mai über den Fall berichten. Wir hatten, $3^1/_2$ Monate nach der Operation, immer noch die Hoffnung, dass die Abstossung des überaus grossen Prolapses ohne Gefährdung des Lebens sich vollziehen würde, bis am 7. Mai plötzlich Fieber eintrat, das mit von Tag zu Tag zunehmender Prostration der Kräfte einherging. Vergebens bemühten sich die hinzugerufenen Chirurgen (Dr. Dr. Classen, W. Müller) dem brandigen Zerfall des Prolapses Einhalt zu thun, selbst die Abtragung eines grossen Theiles desselben war nutzlos. Es stellte sich linkerseits der paretische Zustand von Arm und Bein, wie

am Anfang der Erkrankung, ziemlich schnell ein. Das hohe Fieber dauerte fort. Eiterherde durchsetzten den Hirnvorfall. Am 12. Mai nochmalige Abtragung eines Theils des Prolapses. Verfall der Kräfte. Lähmung von Arm und Bein *links*, Zuckungen *rechts*, conjugation deviée der Augen nach *links*. 13. 5. 1888 Morgens 5 Uhr Tod, 4 Monate nach der ersten Operation.

Section des Gehirnes (Dr. W. Müller) am 16. 5. 1888, Morgens 8 Uhr: Perforationsöffnung im Schädel $5^1/_2$ Ctm. lang und breit, fast kreisrund im Scheitelbein befindlich, ragt bis über die Temporalkante hinweg und beginnt 1 Centimeter unterhalb der Coronalsutur.

An der *Basis* finden sich Pseudomembranen auf der *Pia*, nahe der fossa Sylvii; rechter mittlerer Lappen bis in die Nähe des Chiasmas matsch, in weisslich-gelben, eitrigen Brei verwandelt; Oedem der Optici beiderseits; nach vorn hin besteht eitrig-ödematöse Infiltration derPia.

Die ganze Gegend des mittleren Lappens rechts ist weich und eingesunken, wogegen die ganze *linke* Hemisphäre des Grosshirns eine auffallend derbe Consistenz zeigt, auffallend im Hinblick auf die sonst bestehende postmortale Erweichung. *Links* im Verlaufe der fossa Sylvii besteht eitrige Infiltration der Pia, die sich längs der Fossa verfolgen lässt bis auf die Convexität fingerbreit von der Mittellinie entfernt.

Pia der *Convexität* auf beiden Seiten gut abziehbar, bis auf die erwähnte Stelle im vorderen Ende der fossa Sylvii, woselbst Fetzen der Pia hängen bleiben.

Rechts auf der Convexität sind zerstört im Wesentlichen die äussere Hälfte der Centralwindungen; intakt ist sicher der an die Medianlinie grenzende Theil. Die hintere Begrenzung der fossa Sylvii ist weich und bildet gleichzeitig die vordere Grenze eines typischen, mit pyogenen Membranen ausgekleideten *Abscesses* von Apfelgrösse, dessen Communication mit dem grossen Abscess nicht mehr sicher nachgewiesen werden kann. In den Seitenventrikeln rechts Eiterdurchbruch von der Oberfläche her.

Sonst an den *grossen* Ganglien und Ventrikeln beiderseits alles intakt. —

(Schluss folgt.)

II.

Die klinischen Resultate der Kraniometrie und Kephalometrie.

Von Prof. Dr. MORIZ BENEDIKT in Wien.

(Vortrag, gehalten in der psychiatrischen Sektion der „ British Medical Association“ in Glasgow, August 1888.)

Meine kraniometrischen und kephalometrischen Untersuchungen haben zu verschiedenen Missdeutungen Veranlassung gegeben. Ich will Ihnen daher meine Ziele und meine Denkmethode auseinandersetzen.

Ich habe mir vor Allem die Frage vorgelegt, ob in Fällen, in denen angeborene hereditäre oder in der ersten Kindheit erworbene

Anomalien der Gehirnfunctionen vorliegen, die Schädel und Köpfe normal seien oder nicht.

Umgekehrt fragte ich bei dem Vorhandensein von Anomalien des Schädels oder des Kopfes, ob Anomalien der Gehirnfunctionen nachweisbar seien oder nicht.

Um richtige Antwort zu erhalten, muss man streng kritisch vorgehen, und ich habe vor Allem aus den anatomischen Anomalien nur *das Recht des Verdachtes* auf functionelle in Anspruch genommen. Dabei muss man bedenken, dass anatomische Anomalien vorhanden sein können, ohne dass die Gehirnfunctionen im Momente gestört erscheinen, weil das Individuum noch nicht jenes Alter erreicht hat, in welchem die bis dahin latente Prädisposition durch Funktionsstörung zur Geltung kommt. Andererseits dürfen wir aus unseren negativen Befunden heutzutage noch nicht die Nichtexistenz positiver Zeichen behaupten, da wir erst im Anfange der Studien der anatomischen Symptomatik der Degeneration sind.

Dennoch rechne ich heute der grösseren Vorsicht halber alle jene Fälle zu den negativen, in denen einerseits im Momente die Functionsstörungen sich nicht mit den anatomischen Abnormitäten decken und anderseits jene, in denen für die Functionsstörungen kein anatomisches Zeichen vorhanden ist.

Excessiv grosse Verhältnisse sind im Allgemeinen zweideutig, und ich will Ihnen daher wesentlich jene Formen vorführen, in denen die angeborenen, hereditären und in der ersten Kindheit erworbenen Störungen der Function durch *excessiv kleine Verhältnisse* gedeckt sind. Dabei kommen nicht bloss die Hauptmaasse, sondern auch die Nebenmaasse in Betracht. Es ist ja bis heute ein unangefochtener Grundsatz, dass jedem Schädeltheile ein bestimmter Gehirntheil entspricht. Einer hochgradigen Untertypie eines bestimmten Schädeltheiles muss also eine Aplasie eines bestimmten Gehirntheiles entsprechen, und allgemeine Kompensationen können die Nachtheile eines localen Defektes nicht decken.

Am wichtigsten ist ein excessiv *untertypisches Volumen*, das am lebenden Kopfe durch das Verhalten der Hauptcircumferenzen und der hauptsächlichen linearen Maasse erkannt werden kann.

Die Leptocephalie findet sich besonders häufig bei den angeborenen oder in der ersten Kindheit erworbenen spastischen Affektionen, so z. B. bei Epilepsie, Hemiplegia und Paraplegia spastica infantilis und bei angeborenen Lähmungen mit Knochenaplasien. Manchmal ist in solchen Fällen blos eine Art von motorischem Schwachsinn vorhanden. In vielen Fällen ist die Leptocephalie halbseitig.

Ausser auf motorische Symptome muss man in allen Fällen von Leptocephalie und überhaupt in allen Fällen von abnormer Schädel- und Kopfbildung zunächst auf den Zustand des *Intellectes* die Aufmerksamkeit richten. Besonders bei Leptocephalie ist die Antwort auf die gestellte Frage in der Regel leicht. Schwierig ist häufig die Beantwortung, wenn es sich um die Prädisposition für Psychosen handelt, die, obwohl hereditär, doch erst in einer späteren Periode

zum Ausdrucke kommen. Am schwierigsten gestaltet sich ausserhalb der Gefängnisse die Frage, ob *ethische Anomalien* vorhanden seien oder nicht.

Ich will nun zu einzelnen speciellen Verhältnissen übergehen und vor Allem von der *excessiven Verkürzung* des medianen Bogens des *Os parietale* sprechen. Wo sie vorhanden ist, kann man nach meinen bisherigen Erfahrungen mit Sicherheit auf idiopathische Epilepsie schliessen; ich fand sie ausserdem nur noch merkwürdigerweise bei Fälschern.

Ich will mich einen Moment bei dieser Verkürzung aufhalten. Der oberste Grundsatz der kraniologischen Architektonik ist der *Kampf um den Inhalt*, und zwar nicht blos im Grossen und Ganzen, sondern auch im Detail. Wenn durch Verkürzung der Sehne des genannten Parietalbogens eine Verkümmerung des Parietalhirnes droht, dann sucht die Natur durch verschärfte Krümmung diesem Uebelstande abzuhelfen. Man kann dann z. B. bei drei verschiedenen Individuen derselben belasteten Familie drei verschiedene Verhältnisse beobachten. In dem einen Falle findet keine merkliche Kompensation statt, und dieser bietet sehr hochgradige Zeichen der Degeneratin in seinem cerebralen Leben dar. In einem zweiten Falle erreicht die Kompensation einen mittleren Grad, und in diesem Falle findet man bald ausgesprochene Funktionsstörung, bald nicht. In einem dritten Falle ist die Kompensation eine hochgradige und die Funktionsstörung bleibt aus.

In beiden letzteren Fällen zeigt der Schädel *Scheitelsteilheit* (flat head), und zwar, da die Natur der geschickteste Architekt ist, vertheilt sich die Formveränderung auch auf das Stirnbein.

In dem ersteren Falle entgeht die tiefe Störung des Baues der oberflächlichen Beobachtung sehr leicht, während der dritte Fall beweist, wie schon Virchow hervorgehoben hat, dass gerade die hochgradigsten Formveränderungen keine functionellen Störungen nach sich zu ziehen brauchen. Doch ist diese dritte Form klinisch nicht gleichgiltig, denn, erstens rechtfertigt sie den Verdacht, dass es sich um ein Individuum aus einer neuropathischen Familie handelt, und zweitens beobachten wir, dass der Kompensationskampf bei der Descendenz solcher Individuen häufig misslingt, und wir lernen gerade durch diese Beobachtungen das Verhältniss der Vererbung in der Seitenlinie verstehen.

Nicht minder wichtig als die Verkürzung des medianen Scheitelbeinbogens ist jene des *medianen Stirnbogens*. Man findet sie besonders häufig bei Epileptikern, und zwar besonders bei den Formen, die als psychoepileptische bezeichnet werden, aber auch bei Geisteskranken und Degenerirten überhaupt.

Eine andere Degenerationsform des Stirnbeins stellt die sogenannte *Trigonocephalie* dar. Die excessiven Formen derselben haben längst die Aufmerksamkeit der Anatomen erregt. Für die klinische und forensische Betrachtung sind aber besonders die mittleren Formen von Bedeutung. Sie sind am lebenden Kopfe besser durch Kephaloskopie als durch Messung zu erkennen, weil der horizontale Stirnbogen

am Lebenden schwer zu nehmen ist und das Verhältniss der „kleinsten Stirnbreite“ zum grössten Querdurchmesser das Verhältniss nicht präcisirt. Man findet den medianen Stirnbogen sozusagen nach vorne gezogen und die Tubera frontalia seitwärts gerückt. Ich habe diese Form vorzugsweise bei Epileptikern, Geisteskranken und Selbstmördern gefunden.*)

Verkümmerung des Interparietalbeines beobachtet man hauptsächlich bei angeborener und früh erworbener Blindheit.

Ganz besonders werthvoll für die Symptomatologie der Degeneration ist *Niedrigkeit* des Schädels.

Dass bei Degenerirten die langen Schädel ungewöhnlich schmal und die kurzen Schädel ungewöhnlich breit sind, dass also *excessive Längen-Breiten-Indices* mit Vorliebe vorkommen, habe ich ebenfalls konstatirt.

Am meisten Aufmerksamkeit in der Kraniometrie hat von jeher die *Asymmetrie* erregt, wobei jedoch zu bemerken ist, dass gerade die excessiven Formen wegen eingetretener Kompensation ihre Bedeutung für die Diagnose abnormer Gehirnfunctionen verlieren können. Am bedeutsamsten ist es, wenn sich die *Asymmetrie* auf die Totalität einer jeden Schädelhälfte erstreckt, obwohl auch bei der Beurtheilung einer solchen eine gewisse Vorsicht in der Deutung nöthig ist, da der Excess der einen Seite Kompensation der Störung durch halbseitigen Hydrops der Ventrikel bedeuten kann. Die *totale halbseitige Asymmetrie* beobachtet man ganz gewöhnlich bei der Hemiplegia spastica infantilis, bei der Epilepsie, bei Geistesstörungen und degenerirten Individuen überhaupt. Gewöhnlich sind bei dieser Form die Querdurchmesser schräg gestellt.

Ein weiteres wichtiges Kennzeichen von Degeneration ist *Verkürzung des postaurikulären Theiles der Sagittalachse.* Diese Form fand ich vorzugsweise bei Gewaltthätigkeitsverbrechern; sie kommt aber auch klinisch in Betracht.

Weitaus das häufigste anatomische Symptom cerebraler Entartung ist die *halbseitige Verkürzung des postaurikulären Theiles der Sagittalachse.* Sie fällt natürlich meist mit *Schrägstellung der auriculären Querachse* und mit *grösserer Schmalheit der postaurikulär verkürzten Schädelhälfte* zusammen. Die verkümmerte Seite ist gewöhnlich die *rechte.* Man findet diese Form ungemein häufig bei den Degenerirten der Gefängnisse und der Irrenhäuser und bei den Epileptikern. Leider ist die kephalometrische Bestimmung dieses Verhältnisses mit

*) In der letzten Zeit habe ich wieder hintereinander zwei Mal Gelegenheit gehabt, an jugendlichen Geisteskranken eine andere Abweichung an der Stirne zu beobachten. Die Haargrenze liegt in der Medianebene, gewöhnlich am Uebergangspunkte zwischen dem dritten und vierten der Bögen, die am Stirnbeine vorkommen. Bei den genannten Individuen waren der dritte mediane Bogen — respective auch die Tubera frontalia — verkümmert und die Haargrenze rückte über diesen dritten Bogen und die Stirnhöcker hinab.

grossen Schwierigkeiten verbunden, da die linearen Maasse ein geradezu normales Verhältniss vortäuschen können, weil die Linien von korrespondirenden Ohrenpunkten zu irgend einem medianen Punkt, z. B. der Nasenwurzel, gleiche Grösse haben können und daher wegen Schiefstellung der biaurikulären Achse, und weil die Medianebene dieselbe nicht in der Mitte trifft, bei der Messung ein gleichschenkeliges Dreieck zu Stande kommen kann und factisch in der Natur oft zu Stande kommt trotzdem die Ohrenpunkte ungleich tief von der Nasenwurzel abstehen. Dieses Verhältniss beweist vor Allem, dass nicht jede Asymmetrie durch lineare Messungen nachgewiesen werden kann, und weiters, dass die Natur die Verkümmerung des präaurikulären Theiles der einen Schädelhälfte durch Rückwärtsrücken des Ohres zu kompensiren sucht. Ich bin fortwährend mit dem Versuche beschäftigt, eine einfache Vorrichtung zur Konstatirung dieses äusserst wichtigen Verhältnisses für klinische und forensische Zwecke zu konstruiren.

Eine seltene aber interessante Form kommt dadurch zu Stande, dass die bei Normalindividuen sehr flach gewölbten Querbögen zu beiden Seiten des vorderen Theiles der Sagitalnaht sich über abnorm kurze Sehnen steil emporwölben. Es kommt auf diese Weise eine *Art von kammartiger Erhebung* der Region des vorderen Theiles *der Sagittalnaht* zu Stande, und die ganze obere seitliche Wölbung der Parietalknochen erscheint sehr steil (*Oxycephalia lateralis*). Ich habe diese Form nur bei sehr degenerirten Individuen z. B. bei einem eminenten Lustmörder gefunden.

Ein grosses Gewicht ist von Vielen der sogenannten *rückfliegenden Stirne* beigelegt worden. Der Eindruck einer solchen kommt nicht blos bei Rückwärtsneigung der medianen Stirnlinie zu Stande, sondern vorzugsweise, wenn der dazugehörige Bogen ungewöhnlich klein ist. Nur in letzterem Falle hat sie für das Stirnhirn eine Bedeutung und für die Entwicklung des Gesammtschädels nur dann, wenn die dahinter gelegenen Theile durch die Neigung in ihrer Entwicklung gehemmt sind.

Ich will hier noch einmal auf die Bedeutung der verkürzten Bögen zurückkommen, die wir in solchen Fällen finden, in denen das Gesammtvolumen des Schädels wenigstens relativ weniger verkümmert ist, als es wichtige Bögen sind. Das Verhältniss bedeutet dann eine relative Verkümmerung der Hemisphären im Gegensatze zur Gesammtmasse des Gehirns.

Ich schliesse diese Mittheilungen mit der Angabe der Gesammterfahrung, dass in einem überraschend grossen Theil der Fälle die Abnormitäten des Schädels und des Kopfes sich mit abnormen Funktionen des Gehirns decken und umgekehrt.

(Mit Genehmigung des Verf. aus der Internat. klin. Rundschau 1888. 41 wiederholt.)

II. Referate und Kritiken.

711) **M. Benedikt** (Wien): Kraniometrie und Kephalometrie.
(172 S. 36 Holzschnitte. Wien, Urban und Schwarzenberg 1888.)

Der durch seine Originalität und Selbstständigkeit ausgezeichnete Wiener Neurologe giebt in seinem Buche neben einer höchst exacten Methodik der Ausmessung und graphischen Darstellung skelettirter Schädel (Kraniometrie) und wichtiger Gesichtspunkte für die Messung des Schädels intra vitam (Kephalometrie), eine Anzahl neuer Ergebnisse dieser Methoden, und eine Andeutung ferner zu erwartender Ergebnisse die besonders über Verbrecherschädel und über die anatomischen Verhältnisse neuropathischer und degenerirter Individuen Aufklärung bringen sollen. B. entwickelt hier ähnliche Tendenzen wie Lombroso und seine Schule, unterscheidet sich aber von dieser Richtung in schärfster Weise durch die Exactheit der Fragestellung und der Messungsmethoden. In dieser Richtung soll vorweg das folgende Citat seinen Standpunkt charakterisiren. „Principiell wichtig ist zu betonen, dass dieselben Anomalien bei allen Formen der Störung der Gehirnfunctionen vorkommen und dass wir also bei hochgradigen Atypieen und pathologischen Formen des Schädels nur zunächst die allgemeine Frage auf cerebrale Störungen stellen dürfen, also zunächst auf Störung der Intelligenz, dann auf cerebro-motorische, und dann auf ethopathische Störungen. Die Narren, Epileptiker, die degenerirten Verbrecher u. s. w. bilden vorerst noch eine einzige kraniometrische Familie, deren Glieder aber klinisch und forensich nicht zusammen geworfen werden dürfen". (p. 129.)

Das kraniometrische Instrumentarium B.'s zeigt der Holzschnitt Fig. 1. Auf einer schweren, durch Stellschrauben und Wasserwage horizontal gestellten eisernen Grundplatte G steht innerhalb eines rechtwinkligen, mit genau graduirten seitlichen Massstäben versehenen Rahmens der „Craniofixator". In der Figur ist der Schädel auf demselben vertical fixirt; seine Construction erlaubt es, (durch Festsiegeln an einer aufschraubbaren Platte), den Schädel an jedem beliebigen Punkte zu fixiren. In drei übereinander liegenden Axen, einer frontalen, sagittalen und verticalen ist der Schädel innerhalb 180° für jede Axe beliebig drehbar; der Drehungswinkel ist an einer der drei entsprechend angeordneten Mess-Halbkreise genau zu reguliren. Innerhalb des Rahmens steht auf graduirtem Stativ eine Zeichenfeder, die in horinzontalen Ebenen geschlossene Curven auf den Schädel einträgt. Der Craniofixator gestattet jede beliebige Ebene des Schädels horizontal zu stellen, und mit der Zeichenfeder zu markiren.

Die so in ihren Contouren dem Schädel aufgetragenen Ebenen können nun in zweifacher Weise untersucht werden. Entweder werden sie mittels des Bleistifts unmitteibar auf die absolut ebene Zeichenplatte Z aufgetragen, und dann ausgemessen, oder die einzelnen Punkte der dem Schädel eingezeichneten, vertical gestellten Linie werden mittels des vor dem Rahmen stehenden Fernrohrs nach ihrer Höhendifferenz,

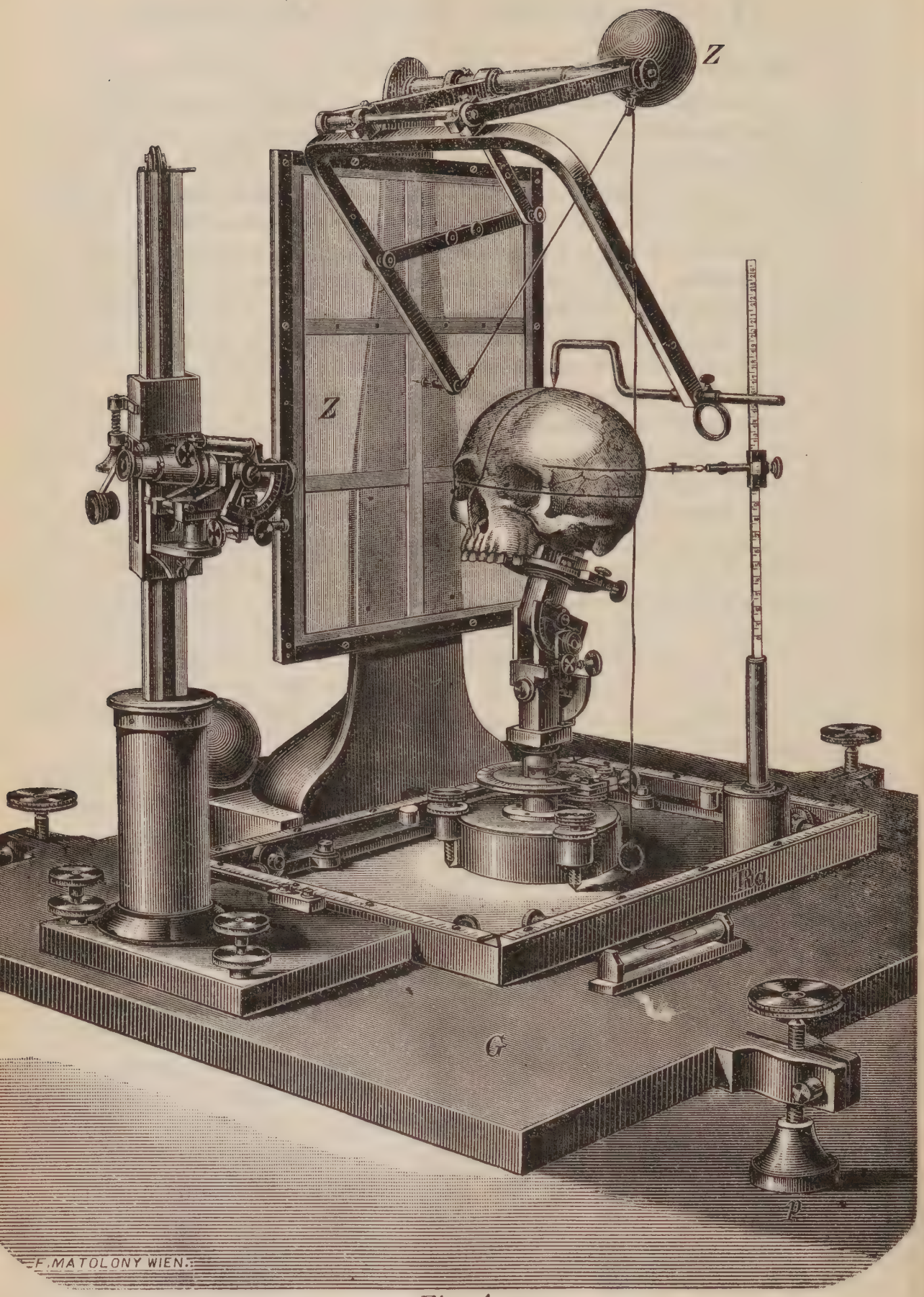


Fig. 1.

und die Punkter horinzontal gestellten Linien durch Verschiebug des Fernrohrstativs an den graduirten Rahmen-Seiten nach ihrer Breitendifferenz ausgemessen.

Der directen Zeichnung dient der links vom Rahmen auf schwerem Stativ ruhende, über dem Schädel bewegliche Zeichen-Rahmen. Der Daumen des Zeichners greift in den Ring, der über der Reissfeder sichtbar ist, führt die Spitze eines zweimal rechtwinklig gebogenen Führungs-Stabs genau längs einer der auf den Schädel eingezeichneten Linien hin; der Zeichenstift folgt genau der Spitze des Führungsstabs und giebt eine bis auf 0,1 Millimeter genaue Abbildung der Schädelcontour in der gewählten Ebene. Im Princip wird hier also der Schädel in einer Reihe von sagittalen, frontalen und naso-occipitalen Ebenen ähnlich abgebildet, wie durch den Zeichenapparat Rieger's den dies Centralblatt 1886 geschildert hat.

Eine genaue Messung erlaubt ferner das Fernrohr, das mit seinem Stativ in Fig. 2. dargestellt ist.

Fernrohr und Stativ sind nach dem Princip der Kathetometer construirt, die der Physiker zur Messung sehr kleiner vertikaler Distanzen, u. a. bei Dehnungs-Versuchen an stabförmigen Körpern, gebraucht. B.'s Kathetometer arbeitet bis auf 0,1 mm. genau. Zur Messung der Höhendistanz zweier Punkte muss zunächst ihre Verbindungslinie vertical eingedreht werden; es wird dann mit dem Fadenkreuz des Fernrohrs nach dem oberen Punkte visirt, darauf das Fernrohr an dem Stativ herabgeschoben, bis der untere Punkt in das Fadenkreuz fällt; die Ablesung der Verschiebung des Fernrohrs giebt die verticale Distanz beider Puncte. Liegen die anzumessenden Punkte in einer Horizontalebene, so wird das Kathetometer an einer der graduirten Rahmenseiten bis zur Visirung beider Punkte verschoben; an einem Nonius lässt sich der Betrag der Verschiebung zwischen den beiden Visirungen, und somit die horizontale Distanz der Punkte genau ablesen. Auch ohne Eintragung von Linien auf den Schädel lassen sich die Höhen und Längendifferenzen zweier Punkte in der angegebenen Weise messen wenn man sie nacheinander in eine horizontale und eine verticale Ebene bringt.

Es liegt auf der Hand, dass der Apparat bei guter Ausführung absolut vollendetes leistet; von den unmittelbaren Resultaten der Methode soll nur erwähnt werden, dass jede den Schädel umfassende Curve sich nach B. aus einer Reihe von Kreissegmenten, die äussere Schädelfläche selbst demnach aus Theilen von Kugeloberflächen gebildet zeigt. B. hofft aus diesen Resultaten Wachsthums- und Bildungsgesetze des Schädels und Gehirns ableiten zu können, und deutet in geistreichen Appercus ferner die Gewinnung „biomechanischer" Entwicklungsgesetze an. Einen grossen Theil des Buchs bilden ferner gelegentliche Appercus über vielfache Probleme der Hirnpathologie, die sich einem Referat entziehen.

Für die Kephalometrie betont B. die Nothwendigkeit einer natürlichen Horizontalebene und weist als die einzig natürliche und brauchbaren die Broca'sche Blickebene nach, zu deren Bestimmung er einen einfachen Apparat angiebt. Auf diese Ebene, und die Medianebene will er die Höhen- und Breitenbestimmung der einzelnen Punkte bezogen wissen.

Zur Reconstruction des Schädels am Lebenden giebt B. eine Methode an, die Distanzen jedes zu bestimmenden Punktes von den Ecken des „Gesichtsnasendreiecks“ zu messen. In der That ist ja die Lage eines Punktes im Raum erst durch Bestimmung seiner Abstände von drei anderen Punkten gegeben. Dieses der Messung zu Grunde liegende Gesichtsnasendreieck hat seine Spitze in der Medianlinie der Nasenwurzel, seine Basis vorn: am Nasenstachel des Oberkiefers — hinten: am medianen Punkt einer Querachse, die zwischen den Mittel-

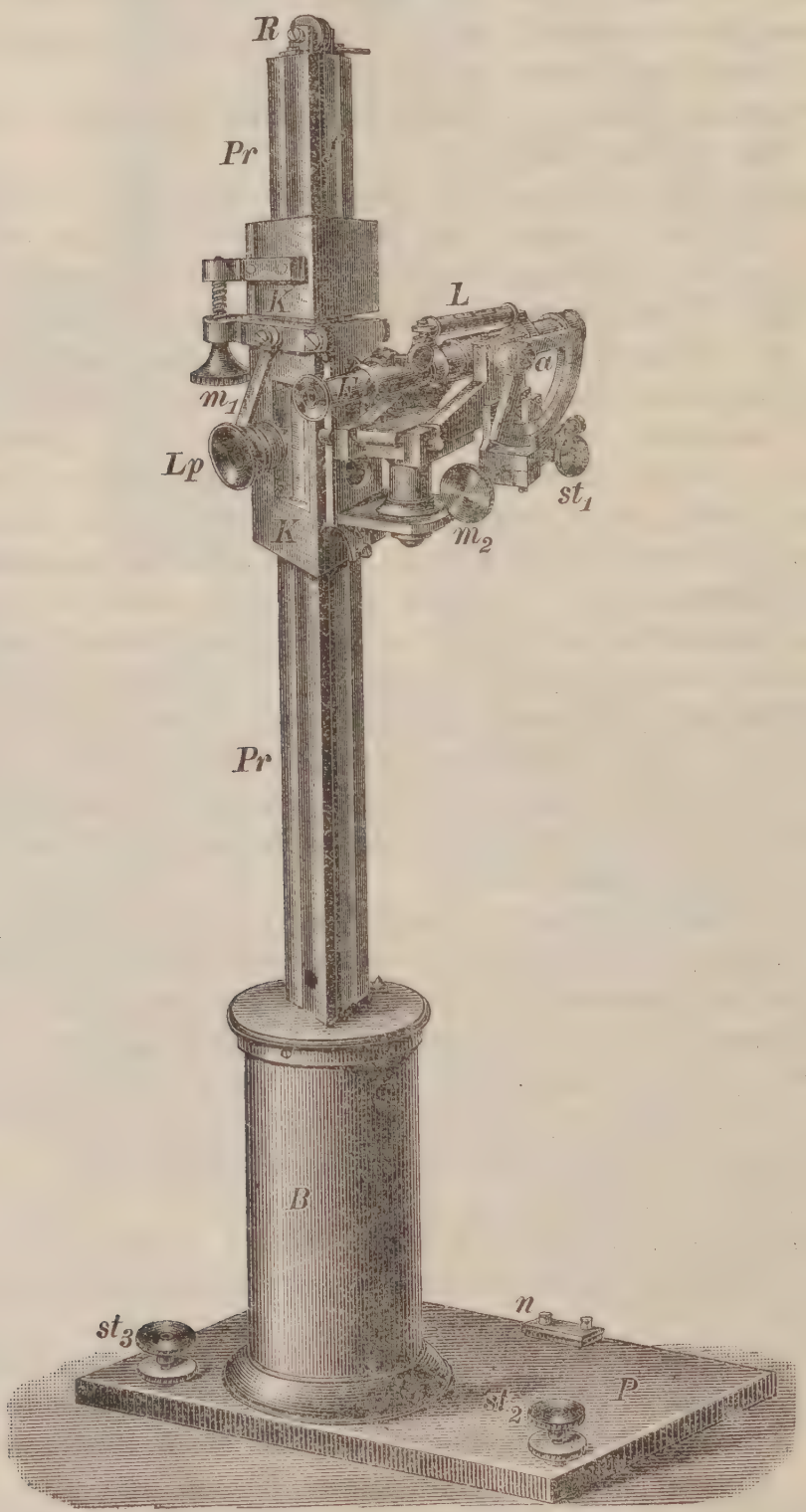


Fig. 2.

puncten der Grübchen gezogen ist, „welche oben und hinten vom äusseren Gehörgang durch das Auseinanderweichen der Jochbogenwurzel“ entstehen. Viele andre Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden, das niemand, der mit Tasterzirkel und Bandmaass seine Patienten auszumessen versucht hat, ohne Dankbarkeit gegen den originellen und unermüdlich sorgfältigen Autor aus der Hand legen wird.

Kurella (Ahrweiler).

---

712) **Siemerling** (Berlin): Zur Lehre von der congenitalen Hirn- und Rückenmarkssyphilis. (Arch. f. Psych. XX. Heft 1.)

Wir werden hier mit einem der wenig gekannten Fälle von congenitaler Hirn- und Rückenmarkssyphilis bekannt gemacht, der durch eine genaue Untersuchung des Rückenmarkes noch ein besonderes Interesse gewinnt. Die klinische Seite des Falles veranlasst mich einige weitergehende Bemerkungen an das Referat zu knüpfen.

Bei einem Kinde, welches von einem syphilitischen Vater stammt, tritt im Alter von 4 Jahren — bis wohin dasselbe gesund war — ein *rechtsseitiger Schlaganfall* ein mit Lähmung der rechten Körperhälfte und des Gesichtes, sowie mit *Verlust der Sprache*. Die Lähmungserscheinungen gingen in den nächsten 8 Monaten zurück, doch blieb die Beweglichkeit des Armes noch Jahre lang eine mangelhafte. Die Sprache kehrte schnell vollkommen wieder.

Nach zwei weiteren Jahren stellte sich eine *Abnahme der Sehkraft ein* (beginnende Opticusatrophie). Wegen Schwäche der Beine wurde das Kind kurze Zeit in der Charité behandelt. Es wurde damals festgestellt: Ataxie der obern und untern Extremitäten, namentlich beim Gehen; Fehlen von Sensibilitätsstörungen. Das Sehvermögen blieb noch einigermasssen gut bis zum 11. Lebensjahre; dann trat völlige Erblindung ein, so dass das Kind gezwungen war Unterricht in einer Blindenschule zu nehmen. In der Schule lernte es gut, bot nie Zeichen einer psychischen Störung, nie Abnahme der Intelligenz dar.

Im Alter von 12 Jahren (April 1886) traten Erbrechen, anhaltender Kopfschmerz und Schwindelanfälle auf; etwas später (Juli) epileptiforme Anfälle mit Verlust des Bewusstseins und tonischen Krämpfen. Clonische Krämpfe werden vom Verf. nicht erwähnt. Wiederkehr dieser epil. Anfälle in Zeiträumen von 8 bis 14 Tagen. Weiterhin Erschwerung des Gehens, leichte Ermüdung und starkes Schwindelgefühl. Niemals Schmerzen in den Beinen. Ende October Schwerhörigkeit auf beiden Ohren, in kurzer Zeit sich verschlimmernd.

Bei der am 5. November 1886 erfolgten Aufnahme wurde folgender Status erhoben: Gutgenährtes Kind, seinem Alter entsprechend gross. Keine Drüsenanschwellung, keine Narben. Ueber die Knochen wird nichts berichtet. Beiderseits Opticusatrophie neuritischen Ursprungs, Pupillen starr. Nystagmus. Taubheit fast vollständig, nur das Ticken einer Taschenuhr wird gehört. Grosser hydrocephalischer Kopf, dessen Percussion schmerzhaft ist. Unsicherer atactischer Gang mit Schwindelgefühl. Keine ausgesprochene Lähmung, keine Atrophie, kein Tremor.

Sensibilität schwer zu prüfen. Schmerzempfindlichkeit vorhanden. Intelligenz intact.; ebenso Kinästhesie. T. 37.0. P. 110. regelmässig. Während der Untersuchung tritt ein 2—3 Minuten dauernder Krampfanfall ein mit Bewusstseinsverlust und tonischen Krämpfen in allen 4 Extremitäten; *clonische Krämpfe fehlen*; während dieses Anfalles sind die Kniephänomene stark herabgesetzt — wohl wegen Flexion der Beine in den Knieen, welche Stellung während des Anfalls von der Pat. angenommen wurde. In der Folgezeit treten wiederholt schwere epileptiforme und epileptische Anfälle auf, mit vorwiegend tonischen Krämpfen, welche bald mit einer hochgradigen Trübung des Bewusstseins, bald mit völliger Bewusstlosigkeit verbunden waren. Dabei meist Urinentleerung, Verlangsamung des Pulses, nach dem Anfall starkes Hungergefühl und Mattigkeit. Mehrmaliges Erbrechen. In einem Anfalle vorübergehende Parese der rechten Körperhälfte, zweimal rechtsseitige Ptosis und einmal rechte Facialisparese, die nach kurzer Zeit verschwinden. Das Gehen wird immer schlechter, das Schwindelgefühl nimmt zu. Beständige Ataxie. Zuletzt vorübergehende Somnolenz, Zunahme der Krampfanfälle, in deren unmittelbarer Folge der Tod am 26. März 1887 eintritt.

Sehr bemerkenswerth ist das Verhalten der Kniephänomene:

Am 5 Novb. 1886: „beiderseits in normaler Stärke vorhanden".

„ 15 „ „ ebenso.

„ 2. Decb. 1886. „Es gelingt nicht auf irgend einer Seite das Kniephänomen hervorzurufen".

Am 5. Jan. 1887. „Kniephänomene sind beiderseits deutlich vorhanden".

Am 9. Febr. 1887. „Kniephänomene sind nicht hervorzurufen". Von da ab sind dieselben nicht wiedergekehrt.

Ich mache hier gleich auf ein ähnliches „oscillirendes" Verhalten der rechtsseitigen Ptosis und der Facialislähmung aufmerksam; weiter unten komme ich hierauf zurück.

Was ergab nun die Section?

Es fand sich eine specifische Erkrankung der Gefässe, es fand sich ferner ein Hydrocephalus internus, ferner eine enorme Neubildung gummösen Charakters, vorwiegend an der Basis, welche sämmtliche hier liegende Theile des Hirnstammes, nebst Kleinhirn und die austretenden Nerven, mehr oder weniger geschädigt hatte.

Sehen wir uns zunächst die Neubildung etwas näher an nach Lage, Wirkung und Art.

Sie schliessst Stammhirn, Medulla oblongata, Kleinhirn völlig ein, diese Theile umwachsend. Nach vorn erstreckt sie sich bis auf die Olfactorii. Das *Chiasma* ist an beiden Seiten stark verdickt und gequollen. In seinem Mittelstück ist dasselbe verdünnt und nur eine schmale Brücke hält die beiden seitlichen Enden zusammen. Die *Optici* sind gleich bei ihrem Austritte aus dem Chiasma stark verdickt und sehen auf dem Querschnitte grau aus; ihre Scheide ist erheblich verbreitert und von ihr gehen starke Bindegewebszüge mit Rundzellen infiltrirt in das Innere der Nerven hinein. Die septumförmige An-

ordnung der Nerven ist auf dem grössten Theile des Querschnittes zu Grunde gegangen, nur an einem schmalen Saume an der äusseren Seite des Nerven hat sich diese noch erhalten. Die Nervenfasern selbst sind in der Infiltration bis auf ganz unbedeutende Reste zu Grunde gegangen; in den wenigen erhaltenen Nervenfasern ist vom Axencylinder keine Spur mehr aufzufinden. (Goldfärbung und Nachfärbung der Schnitte mit Nigrosin.) Im weiteren Verlaufe der Nerven nimmt die eigentliche Infiltration immer mehr ab. Bei seinem Austritt aus dem knöchernen Canal bietet der Opticus, namentlich in seinem Mittelstück, das Bild einfacher Atrophie dar.

Die beiden *Oculomotorii*, besonders der linke, ragen verdickt aus dem interpedunculären, mit Wucherung angefüllten Raume hervor. Diese Verdickung fällt auf ihre ausserordentlich dicke, mit Rundzellen infiltrirten Scheide. Die Nervenfasern selbst haben weniger gelitten als die der optici, doch fehlen in den degenerirten Fasern die Axencylinder gänzlich. *Pons* und *Medulla oblongata* werden von oben und von beiden Seiten her von der Neubildung umfasst, sodass nur der basale mittlere Theil des Pons, der abgeflacht ist, frei bleibt. Die beiderseitige Ausdehnung der Neubildung neben Pons und Med. obl. ist eine mächtige, es sind haselnussgrosse Knoten, die hier lagern; von hier aus bis zur oberen und unteren Seite des Kleinhirns gestaltet sich die Neubildung mehr flächenhaft. Ein Geschwulstzapfen ragt von der Med. spin. aus in den IV. Ventrikel hinein.

Die *Gehirngefässe* zeigten in ihren Wandungen die bekannten, bei Syphilis beobachteten Veränderungen.

Das *Rückenmark* zeigte in seinem ganzen Verlaufe, namentlich im mittleren und unteren Dorsaltheil eine starke gummöse Wucherung der Pia mit Uebergreifen auf die Rückenmarkssubstanz selbst, und zwar vorwiegend auf die weisse.

Die *Nervenfasern* waren theils durch directe Infiltration, theils secundär durch den Druck zu Grunde gegangen. Zapfenförmige Geschwulstmassen ragten von der Pia aus in's Rückenmark hinein. Nirgends war der ganze Querschnitt des R.-M. der Zerstörung anheimgefallen, ein grosser Theil blieb immer erhalten. Am meisten haben die Hinterstränge gelitten, welche theils durch directe Infiltration, theils durch Druckatrophie geschädigt waren. Die graue Substanz war in den Vorderhörnern ganz intact, ein Hinterhorn war gering infiltrirt. Die Wurzeln blieben verschont.

Die *Venen der Pia* und der weissen Substanz zeigten Phlebitis obliterans, die *Arterien* einen ähnlichen doch geringeren Zustand von Wandveränderung wie die Hirnarterien.

Die Neubildung erwies sich als ein syphilitisches Granulationsgewebe, welches seinen Ausgang von den weichen Hirnhäuten genommen hat.

Ein Vergleich der klinischen Erscheinungen mit dem anatomischen Befunde ergiebt eine genügende Erklärung der ersteren durch den letzteren. Das ist meine Ansicht, die allerdings mit der des Verf. sich nicht ganz zu deken scheint, der aber auch über einen mehr sumarischen

Erklärungsversuch nicht hinausgeht. Er sagt „bei der verhältnissmässig kurzen Beobachtungszeit, der Schwierigkeit und dadurch gesetzten Unzulänglichkeit der klinischen Untersuchung, auf der anderen Seite bei der ausgedehnten Veränderung am Hirn und Rückenmark wird es schwer den Ursprung und Verlauf des Processes nach der zeitlichen Aufeinanderfolge der einzelnen klinischen Symptomen zu bestimmen". Ich halte das nicht für schwer.

Die Erkrankung begann zweifellos in den Gefässen des Hirns, denn das *allererste* Krankheitssymptom, der im 4. Lebensjahre eingetretene Schlaganfall mit Lähmung der rechten Körperseite, des r. Gesichtes und mit Verlust der Sprache, was Alles in verhältnissmässig kurzer Zeit sich wieder zurückbildete und verschwand, kann nur auf einen Process innerhalb der linken Arteria fossa Sylvii bezogen werden. Zwar ist gerade diese Arterie bei der mikroscop. Untersuchung nicht berücksichtigt worden, aber der Befund der charakteristischen Wanderkrankung an allen übrigen Arterien lässt denselben auch für diese mit Recht voraussetzen. Aller Wahrscheinlichkeit nach wird es sich um eine auf die Wanderkrankung zurückzuführende autochtone Thrombose gehandelt haben.

Das *zweite* Krankheitssymptom tritt 2 Jahre später auf, nämlich *Abnahme der Sehkraft.* Es wird damals beiderseitige weisse Verfärbung der Papille constatirt, und Uhthoff kann noch nach reichlich 6 Jahren für die Opticusatrophie einen *neuritischen Ursprung* nachweisen. Also eine Neuritis descendens, die nur durch organische Veränderung in dem Opticus entstanden sein kann. Welche Veränderungen das sind, lehrt der oben mitgetheilte mikroscopische Befund. Diese Opticusatrophie ist demnach als Herderscheinung, und nicht als Allgemeinerscheinung aufzufassen, ist also weder durch intracranielle Drucksteigerung noch durch Fernwirkung entstanden, kann also niemals mit dem Hydrocephalus in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden. Ich betone das, weil es den Anschein haben kann, als ob letzterer Zusammenhang von dem Verf. angenommen werde; doch wird es wohl an der wenig glücklichen Satzbildung auf pag. 26 des Sep.-Abdr. liegen, wenn seine wahre Meinung nicht richtig zu Tage tritt. Für mich liegt in dem geschilderten klinischen Verhalten der Beweis dafür, dass die gummöse Neubildung am Chiasma entstanden ist. Der anatomische Befund bestätigt das auch. „Ja, aus der grösseren Ausdehnung in der Gegend des Chiasma und dem starken Befallensein der dort liegenden Theile lässt sich vielleicht der Schluss ziehen, dass die Wucherung hier am längsten bestanden, also hier ihren Anfang genommen hat". Bei klinischer Würdigung der Symptomenfolge ist das „vielleicht" des Verfassers doch allzu skeptisch.

Von dem Chiasma aus, welches Oppenheim in jüngster Zeit als eine Praedilectionsstelle für Hirnsyphilis bezeichnete, hat sich die Neubildung ausgebreitet; ein wenig nach vorn, zum grössten Theil aber nach rückwärts. Diesen Verlauf kann man ohne grosse Schwierigkeit an der Hand der klinischen Symptome verfolgen, die sich fast mit anatomischer Regelmässigkeit der Reihenfolge der Hirnnerven an-

schliessen und entweder völlige oder theilweise Functionsstörungen derselben sowie der zwischen ihnen gelegenen Hirntheile darstellen.

In den zwei Jahren, welche zwischen dem Schlaganfall und dem Auftreten der Erblindung liegen, hat sich ein sehr mächtiger Hydrocephalus entwickelt, auf den die Allgemeinerscheinungen wie Erbrechen, Schwindel, Kopfschmerz und die epileptiformen oder epileptischen Anfälle zurückzuführen sind.

Von der allergrössten Bedeutung scheint mir das „Oscilliren" des Kniephänomens zu sein, worauf ich schon oben bei der Wiedergabe des klinischen Verlaufes die Aufmerksamkeit lenkte. Ein gleiches Verhalten betrifft die Facialislähmung und die Ptosis. Ich entnehme den Ausdruck „oscilliren" von Oppenheim, der ihn in einer vor ungefähr 1 Jahre erschienenen Arbeit: „Die oscillirende Hemianopsia bitemporalis als Kriterium der basalen Hirnsyphilis" zum ersten Male gebraucht hat*). Es handelt sich in dem Oppenheim'schen Falle um Gesichtsfelder, die von Tag zu Tag ein wechselndes Verhalten zeigten. In Siemerling's Falle — ich bemerke übrigens, dass der Herr Verfasser diese Punkte nur ganz flüchtig streift und nirgends die Bezeichnung „oscillirend" anwendet — handelt es sich um ein zweimaliges Verschwinden vorher vorhandener Patellarreflexe, die dann für immer verschwunden bleiben; es handelt sich ferner um ein Oscilliren der rechtsseitigen Facialisparese und Ptosis in folgender Häufigkeit.

5. November 1886:	Keine Fac. Par. und Ptosis.
12. „ „	Ptosis rechts und rechtsseitige Facialislähmung.
2. Dezember „	Von dem Befund am 12. ist nichts mehr zu constatiren, Ptosis und Facialislähmung haben sich völlig ausgeglichen.
5. Januar 1887:	Facialisparese und leichte Ptosis rechts.
6. „ „	Ptosis und Facialislähmung sind nicht mehr zu constatiren.

Welche Ursache hat dieses eigenthümliche Verhalten? Kommt ihm eine diagnostische Bedeutung zu? Diese beiden Fragen drängen sich beim Studium des Siemerling'schen Falles unwillkürlich auf.

Sehen wir uns zunächst den Fall Oppenheim's an, in welchem „besonders das *überaus wechselnde Verhalten der Hemianopsie*, die in ihren Grenzen stets schwankte, sich in einem Zeitraum von wenigen Tagen vollständig zurückbildete, um bald darauf wieder in die Erscheinung zu treten" auffiel. Die Autopsie hatte eine gummöse, von den basalen Meningen ausgehende Neubildung nachgewiesen, welche das Chiasma umklammert hielt. Dieselbe zeigte sich bei der mikroscopischen Untersuchung überaus reich an Gefässen (mit den charakteristischen Wandveränderungen) und „dürfte als ein *exquisit schwellungsfähiges Gewebe* bezeichnet werden, das sich zwischen Chiasma und Hirnbasis gezwängt hatte und seine Ausläufer in die Sehnervenfaserung

*) Berlin. klin. Wochenschr. 1887. 36. Dieses Centr.-Bl. 1888. 1.

hineinschickte". Danach muss man sich den Mechanismus des Wechsels in der Ausdehnung der Gesichtsfelder durch den Wechsel des von den Gefässen der Neubildung auf die Nervenfasern ausgeübten Druckes ausgelöst vorstellen. Auf jeden Fall — und das ist der Kern der Sache — kann ein derartiges „oscilliren" immer nur durch die vermittelnde Wirkung von Gefässen und ihrer bei erkrankter Wandung wechselvollen Function, niemals aber durch eine gewebliche Veränderung mit stabiler Function herbeigeführt werden. In dem Siemerling'schen Falle, dem Ausgangspunkte dieser Betrachtungen, wies die mikroscopische Untersuchung ebenfalls ein gefässreiches Gewebe nach, welches den Hirnstamm und die aus ihm austretenden Nerven umwuchs, umfasste und einzelne Gewebszüge, Septa, in die Nerven selbst hineinsandte. Sehr wohl kann man sich hier die Lage-Verhältnisse des in die Neubildung eingebetteten Facialis und Oculomotorius (Ptosis) als derartige vorstellen, dass mit einer wiederholten Druck-Schwankung innerhalb der Gefässe der Neubildung eine wiederholte Schwankung in der Function der diesem Gefässdruck ausgesetzten Nervenfasern Hand in Hand geht. Auffallend ist bei der gewebliehen Gleichartigkeit der Neubildung, dass das erwähnte „oscillirende" Verhalten nicht an mehreren Nerven zu beobachten war, doch ist zu bedenken, dass bei der Blindheit und Taubheit der Patientin eine genaue Untersuchung kaum durchführbar erschien.

Für die Patellarreflexe kann derselbe Vorgang auf Grund desselben mikroscopischen Befundes angenommen werden, scheint doch der Gefässreichthum der verdickten Pia spinalis noch grösser gewesen zu sein wie jener der Hirnhäute. Das Kniephänomen ist localisirt in der sogen. Wurzeleintrittszone, die mit ihrer breiteren Basis an den hinteren Rand des Rückenmarks angrenzt und dort sehr wohl einem von den Gefässen der verdickten Pia herrührenden Drucke ausgesetzt sein kann.

Was Siemerling über diese Verhältnisse sagt ist meines Erachtens nicht zutreffend; er äussert sich kurz wie folgt: „Das spätere Ergriffenwerden der von Westphal genauer localisirten Gegend des Kniephänomens, der Wurzeleintrittszone, giebt uns eine Deutung für den Wechsel im Erscheinen dieses Symptomes". Das kann nie zutreffen, weil der Untergang eines Centrums immer nur den *bleibenden* Untergang seiner Function, niemals einen *Wechsel* der Function im Gefolge hat. „Ein Blick auf die Fig. B. 5. — fährt der Verf. fort — lehrt uns nämlich, dass links die Wurzeleintrittszone erst in geringem Grade befallen, rechts noch ein Theil derselben erhalten ist". Diese Fig. B. 5. hat eine frappante Aehnlichkeit mit jener Abbildung aus dem R.-M., die Westphal in seiner kleinen Arbeit: „Anatomischer Befund bei einseitigem Kniephänomen"*) gibt. Dort handelt es sich um einen Kranken, an dessen linken Bein kein Kniephänomen hervorzubringen war, während es am rechten gut erhalten war. Die Untersuchung des R.-M. ergab, dass — dem Fehlen des Kniephänomen am

*) Archiv f. Psychiatrie XVIII. 2. pag. 628.

linken Bein entsprechend — durch die Degeneration der Hinterstränge die Partie der linken „Wurzeleintrittszone“ mit betroffen, und — dem Fortbestehen des Kniephänomens am rechten Bein entsprechend — die rechte „Wurzeleintrittszone“ fast frei geblieben oder doch nur in ganz geringem Grade befallen war. Nach dieser Analogie könnte der Siemerling'sche Befund, der in sehr feinen Zeichnungen wiedergegeben ist, nur so gedeutet werden, dass seine Patientin links — bei Befallensein der linken Wurzeleintrittszone — kein Kniephänomen, dagegen rechts — bei Erhaltensein der rechten Wurzeleintrittszone — ein normales Kniephänomen gezeigt haben müsste. Auf keinen Fall aber ist das Wechseln, das „Oscilliren“ des Kniephänomens durch den anatomischen Befund erklärt, ja ich glaube, dass der Versuch ihn durch stabile anatomische Veränderungen zu erklären, von vornherein nicht angebracht erscheint. Hierzu müssen die Gefässverhältnisse, besonders das Schwanken des intravasculären Druckes und wechselnde Wandzustände herangezogen werden.

Inwieweit nun überhaupt die argumentirten Zustände bei dem Siemerling'schen Fall *anatomisch* begründet sind, lasse ich dahingestellt. Der Verfasser hat bei seiner Arbeit diesem Gedankengange nicht Rechnung getragen; aber diese Erörterungen und Erwägungen an die *klinischen* Thatsachen „oscillirender Herderscheinungen“ anzuknüpfen, schien mir vom Standpunkte des *Practikers* durchaus geboten.

Es ist eine längst bekannte Thatsache, und findet sich in allen Arbeiten über Hirnsyphilis, luetische Psychosen und Nervenlues immer wiederholt, dass ein Wechsel der Erscheinungen pathognomonisch sei. Vorwiegend handelt es sich dabei immer um Allgemeinerscheinungen, wie Stimmung, Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen u. s. w. Doch werden auch Herderkrankungen wie Sprachstörungen, halbseitige Bewegungsanomalien u. A. ähnlich charakterisirt. In keinem Falle ist dies aber in so distincter Weise geschehen wie in dem Oppenheim'schen für die Hemianopsie; der Siemerling-'sche legt die Möglichkeit sehr nahe, dass auch andere Herdsymptome — cerebrale wie spinale — „oscilliren“ können und er bietet dadurch der klinischen Diagnose eine werthvolle Stütze.

Selbstverständlich bin ich weit davon entfernt die besprochenen Erscheinungen als hysterische aufzufassen, dazu liegt meines Erachtens kein Grund vor. Aus der Thatsache, dass die Symptome der Hysterie wechselvoll, ephemer und launenhaft sind*) folgt nicht, dass alle wechselnden, ephemeren und launenhaften Symptome als hysterische aufgefasst werden dürfen. Erlenmeyer.

---

*) Moravcsik: „Hysterische Symptome bei syphilitischen Veränderungen des Gehirnes“ in der vorigen Nummer.

713) **Lothar v. Frankl-Hochwart** (Wien): Ueber Intentionskrämpfe. (Aus der medicinischen Klinik des Prof. Nothnagel in Wien.)
(Zeitschrift für klin. Med. Bd. 14. H. 5 und 6.)

Mit dem Ausdrucke „Intentionskrampf" bezeichnet Seeligmüller das Hauptsymptom der Thomsen'schen Krankheit. Ist nun auch letztere in jüngster Zeit vielfach studirt und wohl gekannt, so sind doch unsere Kenntnisse über die Intentionskrämpfe als Symptome bei anderen Krankheiten ausserordentlich beschränkt. Es sind daher Publikationen wie die vorliegende, wo Verf. einen Fall von Dystrophia muscularis und einen Fall von Tabes dorsalis mit progressiver Muskelatrophie mittheilt, in denen beiden zugleich Intentions-Krämpfe beobachtet wurden, als werthvolle Beiträge zu begrüssen. Im ersten Falle, hatte der 25 jährige Pat. nach einem Falle auf die rechte Thoraxseite mit consecutiver Pleuritis eine die Arme und den Schultergürtel betreffende Muskelerkrankung, die theils eine Atrophie, theils eine Hypertrophie der Muskeln hervorgerufen hatte, acquirirt; fibrilläre Zuckungen, Entartungsreaction, Schmerzen fehlten, desgleichen fehlten alle Bulbärerscheinungen; dagegen war das Kniephänomen gesteigert, ebenso der Periostreflex der linken tibia. Führte Pat. mit einer gewissen Energie Bewegungen mit Hand oder Arm aus, so trat ein heftiger Krampf auf, der etwa 1 Minute anhielt, so dass Pat. die entgegengesetzte Bewegung nicht zu machen im Stande war. Sowohl bei faradischer Reizung vom Nerven aus, wie bei direkter Muskelreizung vermag man durch kräftige Ströme Krämpfe hervorzurufen, welche die Stromeinwirkung lange überdauern. Der beschriebene Krampf trat auch im atrophischen Pectoralis auf. Die mechanische Muskelerregbarkeit ist normal. In den unteren Extremitäten von Intentionskrampf nichts zu bemerken. In beiden Armen verschwindet die beschriebene Krampferscheinung, nachdem aus beiden musc. bicipites Stücke zu diagnostischen Zwecken herausgeschnitten worden waren, welche bei mikroskopischer Untersuchung echte Hypertrophie der Muskelfasern erkennen lassen. Eine Combination von Thomsen'scher Krankheit mit Dystrophia muscularis muss nach dem geschilderten Krankheitsbilde ausgeschlossen werden, ebensowenig kann an eine hysterische Natur der Krämpfe gedacht werden.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen 36 jährigen Kammmacher, der alle Erscheinungen einer typischen Tabes und einer progressiven Muskelatrophie nervösen Ursprunges (EAR) darbot. Beugt Pat. die Finger der rechten Hand zur Faust, so tritt ein starker Krampf der nicht atrophischen Vorderarmbeuger ein, welcher 40 Secunden dauert; ähnlich ist ein kurzdauernder Bicepskrampf auszulösen. Die mechanische Muskelerregbarkeit normal. An den unteren Extremitäten sind keine Krämpfe hervorzurufen. Mit kräftigen Strömen erzielt man eine kurz nachdauernde Contraction im rechten Biceps. Verf. stellt darnach die Diagnose auf Tabes mit Muskelatrophie mit dem Symptome des Intentionskrampfes, ohne aber für letzteren eine Erklärung geben zu können.

Verf. bespricht die in der Literatur angeführten Krampfformen, die mehr oder weniger an Intentionskrämpfe erinnern. Hier seien nur

die Beschäftigungskrämpfe erwähnt, welche sich von jenen dadurch unterscheiden, dass die Versteifung nicht etwa bei jeder kräftigen Intentionsbewegung auftritt, sondern einzig und allein bei der bestimmten Beschäftigung. Strauscheid.

---

714) **E. C. Spitzka** (New-York): Delirium grave.

(The journal of the American medical association. August 1887.)

Die Ursache des Delirium acutum wie grave, dessen klinisches Bild Verf. in ausgezeichneter Weise schildert, liegt in einer hereditären oder acquirirten Prädisposition. Bei 16 von 24 Pat. war hereditäre Belastung vorhanden, bei 15 von 20 waren frühere nervöse Störungen voraufgegangen, bei 13 von 18 wurden Gelegenheitsursachen, wie Gemüthsbewegungen, Ueberanstrengung, Excesse, Insolation beobachtet. Nur 1/6 von 30 Fällen betrafen Männer. Die Durshschnittsdauer der Erkrankung betrug 15 Tage (6—19). Die Prognose ist fast durchweg ungünstig. Differentialdiagnostisch mag hervorgehoben werden die Schwierigkeit der Unterscheidung von akuter schwerer Hysterie, einem sehr seltenen Krankheitsbilde, das sich oft nur durch Vorherrschen motorischer Symptome im Beginne der Erkrankung und öftere Schrei- und Lachanfälle vom Delirium grave unterscheidet. In anatomischer Beziehung ist zu bemerken, dass Blut und Muskel pathologische Befunde zeigen, welche genau denen gleichen, die in zymotischen Krankheiten gefunden werden. Das Delirium grave stellt für den Verf. eine Selbstintoxication dar, ähnlich dem diabetischen Koma; die Structurveränderungen des Gehirns sind nur secundärer Natur.

Strauscheid.

---

715) **Gradenigo** (Padua): Die electrische Reaction des nervus acusticus.

(Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften. 1888 Nro. 39.)

Ungeachtet der wesentlichen Fortschritte, welche einerseits die Physiologie und Diagnostik auf dem Gebiete der Electricität, andererseits die Ohrenheilkunde in den letzten 20 Jahren machte, ist heute noch die electrische Reaction des Nervus acusticus nur sehr unvollständig erforscht und bildet, wie bekannt, nicht ohne Ursache, Gegenstand der Controverse zwischen den verschiedenen Autoren. Die Lehre welche Brenner diesbezüglich in einem klassischen Werke im Jahre, 1867 niederlegte, fand in der Reihe der Ohrenärzte und Electrotherapeuten sowohl Gegner, wie Anhänger derselben. Zu den ersteren gehören Schwartze, Bettelheim, Schultz, Wreden, Benedikt-Hensen; zu letzteren: Hagen, Moos, Hedinger, Erb, v. Ziemssen, Eulenburg, Hitzig, Erdmann, Kiesselbach, Buccola etc. Die Mehrzahl der Ohrenärzte, denen eigentlich das Recht der Entscheidung über die uns beschäftigende Frage gebührte, hielt sich von derselben fern, so dass die einzelnen Autoren selbst in den neuesten Abhandlungen auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde und Elektrotherapie sich — mehr oder weniger reservirt — auf die Wiedergabe der Meinungen von Brenner beschränken.

Ueberzeugt von der Wichtigkeit, welche die electrische Prüfung des Acusticus — gerade so, wie die der anderen Nerven des Organismus — in diagnostischer und prognostischer Richtung haben dürfte, hat Verf. zum Studium derselben eine lange Reihe von klinischen Untersuchungen angestellt, die in ihren Hauptresultaten hier mitgetheilt werden sollen (untersucht wurden 225 Individuen in beiläufig 1260 Sitzungen).

Verf. konnte nachweisen, dass die Art und Weise der electrischen Reaction des Acusticus von vielfachen und sehr complicirten Factoren abhängig ist, wodurch die obenerwähnte Divergenz der Anschauungen verschiedener Autoren als gerechtfertigt erscheint und erklärbar wird; ferner, dass die Erscheinungsformen der Reaction nicht nur in vollständiger Uebereinstimmung mit den Gesetzen der Electrophysiologie sich befinden, sondern dass dieselben in mancher Beziehung und zwar in merkwürdiger Weise zur Richtigstellung und Vervollständigung der letzteren dienen können.

Bei seinen Untersuchungen wendete Verf. gewöhnlich die äussere Applicationsweise nach Erb an, oder eine Methode, welche eine Vermittellung zwischen dieser und der sog. Methode von Brenner darstellt, indem er die differente Electrode auf den vorher mit Wasser gefüllten Gehörgang auflegte. Als differente Electrote verwendete er immer die normale Electrode (10 Quadr. Ctm. von Erb); die indifferente Electrode, breit, circulär, wurde auf den Nacken gelegt. — Metallrheostat, verticaler Amperometer nach Hirschmann, gewöhnliche Batterie nach Stöhrer.

Quantitative Modalitäten der electrischen Reaction.

I. Unter vollkommen normalen Bedingungen kann man nur ausnahmsweise eine Reaction des Acusticus hervorrufen, auch wenn man die intensivste Stromstärke (16 M. A. äussere, 5—6 M. A. innere Methode nach Brenner) — die bei der Application auf den Kopf noch ertragen wird — anwendet. Bei 65 gesunden Personen, bei deren Mehrzahl beide Ohren nacheinander mit starken Strömen untersucht wurden und bei denen die Untersuchung in verschiedenen Zeitintervallen auch mehrmals wiederholt werden konnte, vermochte Verf. nur in 3 Fällen (4 pCt.) Reaction des Acusticus hervorzurufen, und zwar bei 2 jungen Leuten mittels sehr intensiver und bei einer säugenden Frau mittels eines verhältnissmässig schwachen Stromes (2 M. A., äussere Anwendungsweise).

Man dürfte deshalb eigentlich nicht von einer *normalen Reaction des Acusticus* sprechen; man sollte annehmen, dass die electrische Uebererregbarkeit des Acusticus pathologisch gesteigert sein muss, um im Lebenden durch Galvanisation Reaction hervorrufen zu können. Dieser Uebererregbarkeit begegnet man bei gewissen Affectionen des Gehörorgans und bei bestimmten intracraniellen Erkrankungen.

II. die Erkrankungen des Gehörorgans werden mit Rücksicht auf die electrische Reaction des Acusticus in zwei grosse Categorien eingetheilt; in solche, welche sich der Ueberreizbarkeit des Acusticus hinzugesellen und in solche, welche dies nicht thun.

Es pflegen sich einer Uebererregbarkeit des Acusticus hinzuzugesellen:

acute oder subacute eitrige Ohrentzündung: 41 unter 43 Fällen = 95 pCt.,

acute oder subacute innere Ohrentzündung: 9 zu 9 Fällen, also 100 pCt.,

demnach schwere active, krankhafte Processe von entzündlichem Charakter im mittleren und inneren Ohre.

Es gesellen sich gewöhnlich nicht zur Uebererregbarkeit des Acusticus:

die Ausgänge von eitriger Entzündung des Mittelohres mit oder ohne Perforation (gar kein Fall unter 10 Fällen, also 0 pCt.).

die Ausgänge von Erkrankungen des percipirenden Apparates, mit oder ohne persistirende subjective Geräusche (gar kein Fall unter 20, also 0 pCt.),

die krankhaften Vorgänge in den Räumen des Warzenfortsatzes [Caries des Felsenbeins] (1 Fall auf 8 Fälle, also 12 pCt.),

demnach krankhafte Vorgänge von nicht entzündlichem Charakter, oder solche, welche wohl entzündlicher Natur sind, aber in einer gewissen Entfernung vom Acusticus liegen.

Die Ansammlung von Ohrenschmalz im äusseren Gehörgange, verursacht keine Steigerung der Erregbarkeit, da sie eigentlich keine Erkrankung darstellt. Einen Platz zwischen den Erkrankungen der ersten und zweiten Categorie nehmen für sich in Anspruch die folgenden:

Sklerosirende Otitis mit Betheiligung des inneren Ohres (4 auf 31 Fälle, also 12 pCt.),

subacute und chronische katarrhalische Mittelohrenentzündung (7 auf 34 Fälle, also 20 pCt.),

begrenzte und diffuse äussere Ohrentzündung (3 auf 8 Fälle, also 36 pCt.).

In diesen Gruppen von Erkrankungen besteht oder fehlt Uebererregbarkeit des Acusticus je nach der Hyperämie und dem Reizzustande, welchen sie begleiten. Die klinische Erfahrung zeigt, dass von den Erkrankungen des äusseren Ohres hauptsächlich die Furunkel des Gehörganges während ihres acuten Stadiums sich der elektrischen Uebererregbarkeit hinzugesellen und dass bei den katarrhalischen und sklerosirenden Ohrentzündungen das Erscheinen der electrischen Reaction mit dem Wiederacutwerden des krankhaften Processes in Beziehung steht.

Die elektrische Uebererregbarkeit des Acusticus steht also immer mit schweren hyperämischen oder Reizzuständen des Gehörorganes im Zusammenhange.

(Fortsetzung folgt).

716) **B. G. Verga:** Zur Geschichte und Theorie des moralischen Irreseins. (Archivio italiano per le malattie nervose XXV. 1. und 2. 1888.)

Verf. beginnt seine ausführliche Abhandlung mit interessanten Daten über die Charakteristik des moralischen Irreseins durch die classischen Psychiater in Frankreich zu Anfang des Jahrhunderts, aus denen hervorgeht, dass dieser Krankheits-Begriff zunächst nicht von der folie raisonnante und leichteren Erregungszuständen periodischer Manien unterschieden wurde; weiterhin giebt er eine interessante Darstellung der lebhaften Discussionen, die seit 1866 in Italien über diese Frage geführt wurden; im letzten Jahrzehnt stand die moral insanity jedesmal auf dem Congress der Irrenärzte Italiens zur Discussion; auf dem letzten dieser Congresse (1886) fand die Doctrin Lombroso's von der nahen Verwandtschaft des „uomo delinquente", des Epileptikers und des moralisch Irren lebhaften Beifall.

Verf. sucht der Frage nach der Existenz des moralischen Irreseins durch eine Untersuchung über die Genese des „moralischen Sinns" näher zu kommen. Er nimmt an, dass die organische Grundlage der „moralischen Sensibilität" auf der Entwicklung von Gewohnheiten und automatischen Tendenzen aus ursprünglich durch äussere Autoritäten auferlegten bewussten Handlungen beruht, indem die Summe solcher Gewohnheiten sich als organische Tendenzen von einer auf die andere Generation vererben um in jeder durch neue Gesetze und sociale Grundsätze leise modificirt zu werden. Der Unterschied zwischen dem sittlichen Gefühl und unseren Vorstellungen von Sittlichkeit besteht demnach darin, dass die letzteren aus unseren äusseren Lebensverhältnissen stammen und von der intellectuellen Anlage und Cultur abhängen, während das erstere ererbt wird, und fehlen, schwach entwickelt oder pervers angelegt sein kann. Eine einseitige intellectuelle Cultur bei vernachlässigter Erziehung kann somit zu moralischen Defecten in der Descendenz führen.

Als Modificationen des moralischen Sinns schildert Verf. an einigen Beispielen die Schwächung, den Mangel und die Verkehrung desselben; unter Verkehrung begreift er Zustände, in denen Triebe und Neigungen zu unmoralischen und strafbaren Handlungen ununterdrückbar vorhanden sind, aber von dem Individuum als abnorm empfunden werden, während in anderen Fällen Verbrechen und Vergehen von dem Thäter als ganz gerechtfertigt angesehen werden, der nicht begreifen kann, dass er etwas unmoralisches oder strafbares begeht. Nur die erste Art der Verkehrung will Verf. als moralisches Irresein bezeichnen; die letztere führt er auf Schwachsinn oder „moralische Paranoia" zurück. Man fände allerdings beim moralischen Irresein stets Spuren von Schwachsinn, dieser wäre aber nicht die Ursache, sondern nur die Begleiterscheinung jenes; V. stimmt mit Lombroso überein über das häufige Vorkommen von moralischem Irresein bei Epileptikern; es gäbe keinen besonderen Typus des geborenen Verbrechers sondern dieser litte an moralischem Irresein, und müsse als Kranker betrachtet werden. V. hält den moralischen Irrsinn für von vornherein mit der Entwicklung gegeben, und bestreitet, dass er erworben werden könne. Kurella (Ahrweiler).

717) **Van Deventer**: Geistesstörung und Herzkrankheit. (Psychiatr. Bladen VI. 2.)

Eine 40 jährige, an Atherom und Insufficienz der Aortenklappen leidende, melancholische Frau hört von Zeit zu Zeit in ihrer Brust entstehende, dem Herzschlag isochrone, musikalische Geräusche und geräth dann schnell in heftige Angstzustände mit schreckhaften Hallucinationen. In den Intervallen der Anfälle Grössenideen, moriaartiger Zustand.

D. macht darauf aufmerksam, dass heftige Affecte einerseits Psychosen, andererseits Herzaffectionen, besonders Dilatation und Mitralis-Insufficienz herbeiführen können, und dass in einer anderen Reihe von Fällen Parästhesieen isochron mit dem sonst normalen Herzstoss auftreten und zur Bildung von Wahnideen führen; in einem seiner Fälle war bei gespaltenem zweiten Ton ein dem Herzstoss isochrones Ohrgeräusch da, welches jedesmal hallucinatorisch als das Wort „mordenaer“ (Mörder) appercipirt wurde. In einem anderen Falle fand sich unter Anfällen enormer Irritabilität der Herz- und Gefässinnervation die Neigung peinliche Sinneseindrücke tagelang hallucinatorisch festzustellen, so dass z. B. eine Spinne der Kranken drei Tage vor Augen und dann noch längere Zeit vor dem Geiste schwebte. Hervorgerufen würden die primären Innervationsstörungen in der Regel durch Anhören von Musik. Kurella (Ahrweiler).

---

718) **Westeneng** und **Tellegen**: Branstiftung durch einen Schwachsinnigen. (Psychiatr. Bladen VI. 2. 1888.)

Ein 46 jähriger sehr gedächtnissschwacher Mann, der wegen Unfähigkeit vom Schulunterricht ausgeschlossen war, in der Gemeinde allgemein für schwachsinnig galt, und nur zu den einfachsten ländlichen Arbeiten zu brauchen war, steckt durch ein in einen Torfhaufen geworfenes Streichholz ein Haus in Brand. Er that das, um seinen Arbeitgeber, der ihn 3 Monate vorher bei seiner Bitte um Lohnzahlung geprügelt hatte, durch Verlust seines Brennmaterials zu strafen, nachdem er lange einen Groll mit sich herumgetragen, und durch Erzählungen seines Schuldners von dessen grossen Einnahmen gereizt worden waren. Die Sachverständigen begründen ihr auf fehlende Zurechnungsfähigkeit lautendes Gutachten durch Ausführungen über die Widerstandsunfähigkeit der Schwachsinnigen gegen Affecte, und auf die öffentliche Meinung des Orts, die den Angeklagten für von jeher schwachsinnig erklärte. Kurella (Ahrweiler).

---

719) **Tellegen** (Vucht): Psychiatrische Reiseeindrücke aus Wien und Graz. (Psychiatr. Bladen VI. 2.)

Eine sehr anschauliche Schilderung der Wiener psychiatrischen Kliniken, Staats- und Privatanstalten die aus einer Reihe interessanter häufig anekdotenhafter Einzelheiten besteht, und sich deshalb dem Referat entzieht. Unter anderem erwähnt T. den Reichthum der Nothnagel'schen Klinik an Hirntumoren und sagt darüber: „Tumoren in cerebro und ihr Sitz werden so deutlich diagnosticirt, dass man

sich verwundert, nicht gleich einen Assistenten parat stehen zu sehen, um sie, nach der Trepanation, zu extirpiren".

Aus der Steiermärk'schen Anstalt „Feldhof" erwähnte T. die Begrenzung der Gärten durch $2^1/_2$ Meter tiefe und breite Gräben, die am Aussenrande aufgemauert sind. Kurella (Ahrweiler).

---

720) Bericht der Inspecteurs des niederländischen Irrenwesens aus dem Jahre 1886. (Psychiatr. Bladen VI. 2.)

Im Jahre 1886 wurden aus der Privatpflege in den Niederlanden 329 Geisteskranke angemeldet. In 121 Fällen wurde eine Revision ihrer Verpflegung durch die Inspecteurs nöthig. Nur in zwei Fällen wurde eine unzweckmässige oder inhumane Verpflegung constatirt, in einem Falle wurde in einer „Villa für Nervenkranke" eine Dame in einer Isolirzelle gefunden, jedoch war die Aufnahme derselben in eine Irren-Anstalt schon beantragt, und die Inspecteurs fanden das Vorhandensein der Zelle in der Villa für eine gerechtfertigte und nützliche Vorsichtsmaassregel.

Interessant ist, dass der Bürgermeister eines Orts, an dem sich ein Gefängniss befand, die Anwesenheit eines Geistekranken in demselben zur Anzeige brachte, die Inspecteurs fanden dort 14 Irre vor, deren Unterbringung in einer Anstalt bis dahin unterblieben war, weil der zuständige Bezirksarzt die verlangten Zeugnisse wegen Nicht-Gemeingefährlichkeit der Gefangenen verweigerte. In einem anderen Falle musste laut Artikel 14 des Niederl. Irrengesetzes ein Gefängniss einen Irren aufnehmen, der in den benachbarten überfüllten Anstalten abgewiesen wurde. Die Berichte über die einzelnen öffentlichen Anstalten sprechen überall von dem Kampf der Inspectoren mit den Verwaltungsbehörden wegen Ueberfüllung der Anstalten; dieser Kampf führte in einzelnen Fällen zur Inangriffnahme von Erweiterungsbauten, in anderen Fällen wurden die Folgen der Uebervölkerung durch Einführung künstlicher Ventilation gemildert.

An einer städtischen Anstalt blieb die mit 2000 Gulden (etwa 3600 Mark) dotirte Stelle des zweiten Arztes unbesetzt, weil die Instruction desselben Privat-Praxis ausschloss.

Kurella (Ahrweiler).

III. Aus den Vereinen.

Königliche Academie für Medicin und Chirurgie zu Neapel.

Sitzung vom 26. August 1888. (Wiener klin. Wochenschr. 1888. 26.)

721) Prof. **Caradrelli** macht eine vorläufige Mittheilung über das Wesen des Patellarreflexes mit einer Reihe graphischer Aufzeichnungen, welche die directen Beziehungen dieser Erscheinung *mit Ausschluss des Rückenmarks* darthun sollen. Es sei daher unrichtig, auf das Bestehen oder Nichtbestehen dieses Phänomens eine Diagnose zu bauen.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig. Druck von **Philipp Werle** in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. 15. November 1888. Nro. 22.

Inhalt.

I. Originalien. Beiträge zur Pathologie und Chirurgie des Grosshirns (Schluss). Von Dr. **L. Goldstein** in Aachen.

II. Original-Vereinsberichte. **Psychiatrische Gesellschaft zu St. Petersburg.** Von Dr. **Hinze** in St. Petersburg. **Danillo**: Demonstration eines Kranken mit complicirter Lähmung des Facialis, Oculomotorius und der Abducentes. **Blumenau**: Ueber die electrische Reaction der Muskeln bei der Thomsen'schen Krankheit. **Jakowenko**: Zur Frage von der Localisation der Chorea.

III. Referate und Kritiken. **Detmer**: Zum Problem der Vererbung. **Audry**: Les porencéphalies **Wiegand**: Ein Fall von Echinokokkus in der Wirbelsäule. **Krause**: Ueber Tuberkelknoten des Cerebellum. **Jappa**: Ueber die Veränderungen der peripheren Nerven bei Tuberculose. **Nonne**: Anatomische Untersuchung eines Falles von Erkrankung motorischer und gemischter Nerven und vorderer Wurzeln bei Tabes dorsalis. **Spielmann** et **Haushalter**: Observation de myopathie progressive primitive à type facio-scapulo-huméral. **Leclerc** et **Françon**: Atrophie musculaire myopatique. **Manz**: Ueber Neuritis optica bei Gehirnkrankheiten. **Horstmann**: Ueber Neuritis optica specifica. **Gradenigo**: Die electrische Reaction des nervus acusticus (Fortsetzung). **Lemaire**: Pneumonische Epilepsie bei einem Säufer. **Dirmoser**: Beitrag zur Lehre von der Reflexepilepsie. Clavicular-Fractur als ätiologisches Moment. **Koeppen**: Ueber Chorea und andere Bewegungserscheinungen bei Geisteskranken. **Motschutkowsky**: Ueber die hysterischen Formen der Hypnose. **Marino**: Ueber Paramyoclonus multiplex und idiopathische Muskelkrämpfe. **Obersteiner**: Cocain und Morphinismus. **Rosenbach, Rosin, Oestreicher, Schwalbe** und **Fränkel**: Ueber Sulfonal. **Zacher**: Ueber drei Fälle von propressiver Paralyse mit Herderkrankungen in der inneren Kapsel. **Schramm**: Ueber die Zweifelsucht und Berührungsangst. **Schönfeldt**: Zur Casuistik der abnorm tiefen Körpertemperaturen bei Geisteskranken. **Nötel**: Bericht über die Rheinische Provinzial-Irren-Anstalt Andernach in den Jahren 1880—1887. **Bibliotheca psychiatrica.**

IV. Verschiedene Mittheilungen. Aus Berlin.

I. Originalien.

Beiträge zur Pathologie und Chirurgie des Grosshirns.

Von Dr. L. GOLDSTEIN in Aachen.

(Schluss.)

Nicht weniger als die beiden unter A) veröffentlichten Fälle nimmt dieser, wenn auch schliesslich unglücklich ausgelaufene, unser Interesse in Anspruch — und zwar nach verschiedenen Seiten hin.

Zunächst tritt die Frage der Entstehung des Abscesses oder besser gesagt, der Abscesse an uns heran. Dazu muss ich noch kurz das, was wir anamnestisch ermitteln konnten, nachtragen. Im Jahre 1883 hatte unser Patient ein gastrisches Fieber von 14 tägiger Dauer. Später litt er an einer kurzdauernden Melancholie mit religiösen Wahnvorstellungen, 1886 hatte er einen Knoten im Nacken auf der *rechten* Seite von länglich-ovaler Form und Taubeneigrösse, welcher nach Einreibung mit ung. cin. geschwunden sein soll. Von da ab sollen die Kopfschmerzen datiren, die anfangs wöchentlich wenigstens einmal auftraten; Erbrechen war nie vorhanden gewesen. Mitte Dezember 1887 kam Pat. in die Behandlung von Dr. d'Asse, welcher Anfangs die Erscheinungen nur auf eine Trigeminusneuralgie bezog, bis sich die Hirndruckerscheinungen etwa 14 Tage vor der Operation einstellten, Schwindel, Pulsverlangsamung etc. und er die Diagnose tumor cerebri stellte. —

Der einzige Anhaltspunkt, den uns die Anamnese gewährt, ist der vor Jahresfrist aufgetretene Knoten im Nacken. v. Bergmann*), dessen vorzügliche Arbeit erschien während wir unseren Patienten in Behandlung hatten, behauptet, dass jeder Hirnabscess deuteropathisch entstanden sei, d. h. von einer bestimmten anderen Störung und zwar mit einer Eiterung verbundenen, seinen Ursprung nehme. Entweder schliesst sich der Hirnabscess an ein Trauma, oder er rührt von anderweitigem Eiterungsprocesse am Schädel, oder er ist metastatischer oder tuberculöser Natur. Der bei der Section gefundene zweite Abscess unterstützt vielleicht die Annahme, dass wir es mit einem metastatischen Produkte zu thun hatten, das von dem Carbunkel (?) seinen Ausgang nahm, denn die Multiplicität ist dabei die Regel. Doch mit Sicherheit behaupten lässt sich diese Annahme nicht. Etwas dunkel bleibt immerhin die Erage nach dem zweiten Abscesse. Im Leben hatten wir keinerlei Anzeichen für die Existenz eines solchen und ob er eingekapselt schon lange bestand, ob er sich von dem ersten Abscesse aus gebildet hatte, darüber liess uns sogar die Section in Zweifel.

Der für den Kranken verhängnissvolle Prolaps war überaus gross und war wohl die direkte Todesursache. Es entstanden in demselben Eiterherde, die sich weiter in's Hirn verbreiteten und zu den meningitischen und encephalitischen Erscheinungen führten, denen der Kranke 4 Monate nach der Operation erlag. Interessant bleibt jedenfalls die Beobachtung, dass unser Kranker relativ so lange Zeit mit dem Prolapse, welcher selbstverständlich fortdauernd mit dem Sublimatverbande versehen war, ohne Beschwerden körperlich und geistig existirte. Die Frage, welche Jastrowitz (l. c.) aufwirft, ob es weiteren Erfahrungen und verbesserter Technik gelingen wird, den Gefahren des Prolapses, des Oedems und anderer Folgezustände zu begegnen, scheint demnach sehr berechtigt. Die Gefahren des acuten

*) Ernst v. Bergmann: Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten. v. Langenbeck's Archiv, Bd. XXXVI. Heft 4. 1888.

und schnell tödtenden Hirnoedems freilich, die auch v. Bergmann beschreibt, haben wir zum Glück in allen 3 Fällen nicht kennen gelernt, obwohl doch in allen recht grosse Stücke des Schädels fortgenommen werden mussten. An die totale Abtragung des Vorfalls, sei es mit dem Ferrum candens oder auch mit dem Messer, haben wir oft genug gedacht — konnten uns aber nicht entschliessen, das zum grössten Theil mit frischen, guten Granulationen überzogene, lebhaft pulsirende Gewebe auf einmal zu entfernen.

Bei der Bestimmung der Stelle, an welcher der Schädel im gegebenen Falle eröffnet werden soll, kommen bei unverletztem Schädel und sonstigem Mangel direkter Hinweise alle die für die Lokalisationslehre in neuster Zeit festgestellten Thatsachen in Betracht, welche besonders für die Gegend der motor. Region am meisten ausgeprägt erscheinen. Wie man die betr. Punkte durch Messung unter Berücksichtigung der Nähte des Schädels findet, darüber habe ich kürzlich die Untersuchungen von Horsley*) in diesen Blättern wiedergegeben. Im vorliegenden Falle gab der Druckschmerz, auf den man sich allein nie verlassen soll, desswegen ein werthvolles Merkmal, weil er sich genau an der Stelle befand, wohin der Sitz der motor. Function gemeiniglich verlegt wird. Und die Störung der letzteren war ja durch die vorhandenen Paresen der gegenüberliegenden Seite genugsam gekennzeichnet. Diese motorischen Erscheinungen waren dadurch bedingt, dass die betr. Centren der *rechten* Hemisphäre in ihrer Ernährung, ihren Circulationsverhältnissen etwa durch Imbibition und Schwellung des Hirngewebes gestört waren. Daher denn auch das schnelle Zurückgehen der Lähmungserscheinungen nach Abfluss des Eiters und der dadurch gegebenen Entspannung des Gewebes und Besserung der Circulation. Dasjenige, was bleibend war und als *Ausfallserscheinung* zu deuten, betraf lediglich die sensible Sphäre. Es ist bekannt, dass die *linke* Hemisphäre für die *Motitität*, die *rechte* hingegen für die Sensibilität die bevorzugtere ist, dass in der linken die motor., in der rechten die sensiblen Felder ausgedehnter sind. Die Section erwies noch Theile der Centralwindungen intakt, die genügen mochten, die Motilität zu beherrschen. Die Störungen des sogen. *Muskelsinns* erhielten sich neben der Ataxie am längsten, und die Frage liegt nahe, ob sie sich, wenn Pat. am Leben geblieben, jemals ganz wieder verloren hätten. Auf die viel umstrittene Frage nach diesen Störungen bei Verletzung der motor. Region will ich nicht näher eingehen; wer sich dafür interessirt findet in dem vielfach citirten Aufsatze von Jastrowitz das diesbezügliche Material seit Fritsch's und Hitzig's bahnbrechenden Arbeiten vorzüglich zusammengestellt und durch geistreiche Ausführungen erweitert.

Die in von Bergmann's Abhandlung aufgeführten Fälle von Hirnabscess sind entweder solche, bei denen eine Verletzung des Schä-

*) L. Goldstein: Topopraphische Beziehungen zwischen motor. Region und Schädel nach V. Horsley. Centralbl. f. Nervenheilk. etc. XI. 1888 Nro. 14.

dels voraufgegangen, die früher oder später zum Abscess geführt hatte und wo dann der Weg durch die Narbe gewissermassen vorgezeichnet war, oder solche, bei denen eine Ohreiterung oder Knocheneiterung bestanden hatte und wo später Hirnerscheinungen auftraten, die einen Abscess mit Sicherheit vermuthen liessen. Die grösste Anzahl der hier in Frage gekommenen Abscesse lag entweder im Schläfenlappen oder in einer Hemisphäre des Kleinhirns. Als bemerkenswerth hinzuzufügen sind noch der Fall von Drumont (Lancet 17. July 1886), den Jastrowitz wiedergibt. Bei einer 23 jährigen Frau, die an linksseitigem Empyema pulmonum gelitten, hatte D. aus den aufgetretenen Hirnerscheinungen richtig einen Abscess diagnosticirt. Die Operation über dem Facialiscentrum jedoch führte nicht zum Ziele, da der Abscess im hinteren Dritttheil der 2. Frontalwindung sass. Hätte der Verf. die Trepanöffnung erweitert, so wäre er ohne Frage auf den Abscess gestossen.

Ferner gehört hieher noch ein Fall von glücklich operirtem Abscess bei Ohreiterung, den Ferrier und Horsley in der Sitzung der medical Society of London am 5. März 1888 mittgetheilt haben. (The Lancet 1888 Vol. 1. Nro. 10.) Es bestanden Schläfrigkeit, Kopfschmerz, Photophobie, Delirien, motor. Aphasie, Paresen der rechten Gesichtsseite und der rechten Oberextremität. Ueber dem linken meat. antitor. extern., entsprechend der oberen Temporo-sphenoidal-Windung, schmerzhafte Stelle. Neuritis optica beiderseits, Haemorrhagie der rechten Papille. Trepanation an der schmerzhaften Stelle, Eröffnung der Dura, Entleerung von 22 gr. rahmigen, geruchlosen Eiters. Heilung am 24. Tage. Otitis media war die Ursache des Abscesses, dessen Localisation in diesem Falle nach der Verff. Meinung sehr leicht war.

Es wird in Zukunft, davon bin ich fest überzeugt, häufiger der Neurologe sein Votum abzugeben haben, ob und wo trepanirt werden soll, denn die „Diagnose allein ist es, von der wir Alles, d. h. den Fortschritt in der Behandlung und Heilung zu erwarten haben. Bis zu einer gewissen Höhe der Wahrscheinlichkeit muss diese gebracht sein, ehe die chirurgische Aktion in ihre Rechte tritt". Die letztere macht ja heute hinsichtlich der Eröffnung des Schädels keine Schwierigkeiten. Wie weit allerdings die Eingriffe in's Innere sich erstrecken dürfen, darüber muss die Zukunft noch mancherlei lehren. Unsere beiden sub. A) mitgetheilten Fälle liefern einen erneuten Beweis dafür, dass nicht unbeträchtliche Theile der Hemisphären ohne Schaden für die Gesundheit unter Umständen geopfert werden können.

Naturgemäss sind in neuerer Zeit die Indicationen für das chirurgische Einschreiten bei verschiedenen Processen des Hirns von verschiedenen Seiten festgestellt worden, u. A. von E. Senger,*) welcher abgesehen von den Hirnoperationen, zu welchen den Operateur die frische Schädelverletzung sofort zwingt, das Eingreifen berechtigt hält

*) E. Senger: Ueber topische Hirndiagnostik und Hirnchirugie Deutsch. med. Wochenschrift XIII. 10. 11. 12. 13. 1888 Berlin.

1) bei allen, längere oder kürzere Zeit nach Schädelverletzungen sich ausbildenden pathologischen Veränderungen im Gehirn (Bluterguss mit Erweichungsherd, Cysten u. s. w.) und jenen operablen Störungen (Narben u. s. w.), welche eine Epilepsie oder Geisteskrankheit nach sich führen. 2) Mit dringender Nothwendigkeit bei allen Abscessen. 3) Bei Echinokokken Cysticerken u. s. w. 4) Bei Tumoren (Gliome, Gummata u. s. w.).

v. Bergmann dagegen hat mit weiser Hand die Grenzen etwas enger gezogen. Ich verweise des Näheren auf seine auch als Separat-Abdruck erschienene für jeden zugängliche Arbeit*) wenig Erfolg verspricht er sich von der Entleerung des Eiters aus tuberculösen Hirnabscessen. Tuberkelconglomerate möchte er aus dem Gebiete der operativen Geschwülste so gut wie ganz und die Gummata ganz ausscheiden. Von zwei von Mac Ewen mit Glück operirten Fällen behauptet er, es wäre vom Arzte besser gewesen, statt der Trepanation die betr. Kranken mit Jodkalium und Schmierkur zu behandeln. Gewiss kann man hinsichtlich der Triumphe, welche die specifische Behandlung bei *Hirnlues* feiert, dem Verf. nur zustimmen und in unserem Wirkungskreise gar haben wir tagtäglich Gelegenheit, dieselben anzuerkennen. Nichts destoweniger kann ich hier die Bemerkung nicht unterdrücken, dass trotz energischer dauernder Behandlung mit Jodkalium und Mercur dennoch Gummageschwülste vorkommen, die unbeeinflusst bleiben und den Tod schliesslich herbeiführen können. Einige Sectionen, die derartige Hirngummata aufdeckten, veranlassen mich, dies hier zu constatiren. Ob in solchen Fällen, nachdem alles versucht ist, dennoch nicht die Hand des Chirurgen einschreiten sollte, vorausgesetzt natürlich, dass die Localdiagnose mit wünchenswerther Sicherheit gestellt ist? Hinsichtlich der *Epilepsie* räth v. Bergmann mit Recht nur dann zu operiren, wenn wir vollen Grund zur Annahme einer palpablen und daher entfernbaren Rindenläsion haben. Ein solcher Grund ist aber nur in den Fällen reiner Jackson'scher Epilepsie vorhanden. —

Da wir aber, wie aus Vorstehendem zur Genüge erhellt, noch im Beginn der chirurgischen Behandlung der Hirnkrankheiten stehen, so ist es zu natürlich, dass Misserfolge und Irrthümer genugsam sich einstellen. Doch dürfen uns dieselben nicht abschrecken, den einmal betretenen Weg weiter zu wandeln. Im Gegentheil, ich erachte es für unsere Pflicht, dieselben durch möglichst genaue Mittheilung des einschlägigen Materials nach Kräften aufzudecken und somit der Wissenschaft und der Menschheit Dienste zu leisten.

---

*) Berlin, Verlag von Aug. Hirschwald 1888.

II. Original-Vereinsberichte.

Psychiatrische Gesellschaft zu St. Petersburg.

Sitzung vom 24. IX. 6. X. 1888.

Von Dr. Hinze in St. Petersburg.

722) Privatdocent **S. N. Danillo** demonstrirte einen Kranken mit *complicirter Lähmung des Facialis, Oculomotorius und der Abducentes.* Ungeachtet der Vielfältigkeit der Symptome, welche die Annahme einer centralen Ursache derselben rechtfertigen könnten, ist das Leiden doch ein peripheres und der Gruppe der sogen. selbstständigen Neuritiden (Leyden) zuzuzählen; die Gründe hierfür hat Vortr. bei der ersten Vorstellung des Kranken am 7. Mai d. J. angeführt. Die elektrische Untersuchung ergab die Anwesenheit von Entartungsreaction, mit Hülfe des gemischten (galvanofaradischen) Stromes konnte nachgewiesen werden, dass die Grenzwerthe der Nerven- und Muskelerregbarkeit bei der Anwendung eines solchen gemischten Stromes im Vergleiche zu denen, bei einzelner Application des galvanischen und faradischen Stromes erhaltenen, höhere seien.

723) **L. Blumenau**: *Ueber die elektrische Reaction der Muskeln bei der Thomsen'schen Krankheit.* (Autorreferat.)

30 jähriger Bauer, welcher seit der frühesten Kindheit an einer derartigen Bewegungsstörung leidet, dass in den, eine gewisse Zeit in der Ruhelage befindlich gewesenen Muskeln jede neue Bewegung von tonischer Contraction derselben begleitet wird, welche eine rasche Erschlaffung unmöglich macht. Nur die mimischen und Sprachbewegungen zeigen diese Contractionen nicht, welche durch Wärme, Wiederholung der Bewegungen, mässigen Alkoholgenuss bedeutend schwächer werden. Ein Bruder des Kranken leidet an demselben Uebel, in der übrigen Verwandtschaft sind keine Nerven- oder Geisteskranken vorhanden. Ungeachtet der athletischen Entwickelung der Muskeln sind diese recht schwach, unter mittlerer Stärke; Reflexe, Sensibilität, Psyche normal.

Die *mechanische Erregbarkeit der Muskeln* ist sehr erhöht, Schläge mit dem Percussionshammer lösen einige (8—12″) andauernde Contractionen aus, welche sich auf den Ort der Reizung beschränken; die mechanische Erregbarkeit *der Nerven* ist normal.

Die *galvanische und faradische Erregbarkeit* der motorischen Nerven und der Muskeln ist recht verschieden. Während die Nerven ein annähernd normales Verhalten zeigen, reagiren die Muskeln bereits auf sehr schwache Ströme, viele derselben geben Ka Sz bereits bei 0,4—0,5 M. A.

Um den Charakter der Muskelreaction genauer kennen zu lernen, wandte Bl. die graphische Methode unter Benutzung des Marey'schen Myographen (Application auf den biceps humeri) an, wobei er zu folgenden Resultaten gelangte.

Bei Anwendung *des constanten Stromes* zeigte den grössten Effekt Ka Sz., die dabei erhaltenen Zuckungen sind, selbst bei schwachen Strömen lang gezogen und weisen ein langes Latenzstadium (0,025—0,03″ anstatt der normalen 0,01″) auf. Bei Anwendung stärkerer Ströme treten nicht selten neben der primären, secundäre Wellen an der Curve, entsprechend dem von Erb genau beschriebenen wellenförmigen Charakter der Contraktionen, auf. Das allgemeine Gesetz der Muskelzuckung war ohne Abweichung von der Norm, mit Ausnahme vielleicht eines frühen Auftreten von Ka STe bei Normstärken, welche noch nicht Ka Oz gaben.

Die durch *Einzelschläge des faradischen Stromes* erhaltenen Contractionen zeigten in ihrer Form keine Anomalie, doch hatten auch sie ein verlängertes latentes Stadium (nicht weniger als 0,025″) und zwar sowohl bei directer, als auch indirecter (vom plexus brachialis aus) Reizung. Nach häufigen, summirten Inductionsschlägen erhielt Bl. nicht selten anstatt des Tetanus eine Reihe wellenförmiger, unregelmässiger und der Zahl der Schläge nicht entsprechender Zusammenziehungen.

Die von Bl. erhaltenen Myogramme bestätigen mit geringen Abweichungen die Beobachtungen von Erb, welcher zuerst die Bedeutung der „myotonischen Reaction“ hervorhob.

724) **W. J. Jakowenko**: *Zur Frage von der Localisation der Chorea.* (Schriftliche Mittheilung aus dem Laboratorium des Prof. Flechsig in Leipzig.) J. hat Gelegenheit gehabt, 6 Gehirne zu untersuchen, von Kranken, die an Delirium acutum c. Chorea gravi gelitten hatten. In allen Fällen fand er dieselben Veränderungen an den Linsenkernen, auf welche er zufälligerweise bei der mikroskopischen Untersuchung der Gehirne gestossen war. In den Linsenkernen, besonders in deren zweiten Gliedern, wurden zahlreiche Anhäufungen einer besondern Art Körperchen von verschiedener Form und Grösse beobachtet, welche ihrem Verhalten färbenden Stoffen gegenüber und ihren chemischen Reactionen nach ein Product hyaliner Degeneration darsellten und meist in der Umgebung der Gefässe sich befanden. In den Fällen, in welchen diese Bildungen in geringer Anzahl auftraten, sah J. deutliche Varicositäten der Nervenfasern oder Anhäufung von Pigment und Detritus, in einem (dem 7.) Falle in welchem bei einem Weibe einige Jahre vor dem Tode die choreatischen Bewegungen aufgehört hatten, fanden sich an Stelle der Linsenkerne Anhäufungen von Fettzellen; in den übrigen Abschnitten der Gehirne wurde nichts Krankhaftes gefunden. In dem Gehirn eines an acutem Delirium ohne gleichzeitige Chorea gestorbenen Kranken, das des Vergleiches halber untersucht wurde, fanden sich sehr wenige der obigen Körperchen und unterschieden sie sich durch ihre Tinctionsfähigkeit. J. meint auf Grundlage seiner Untersuchungen annehmen zu müssen, dass die choreatischen Bewegungen durch Ernährungsstörungen in der bezeichneten Gegend der Linsenkerne hervorgerufen werden; diese Region werde häufig gereizt. In Folge der anatomischen Bedingungen der localen Blutcirculation dieser Theile können ihre Ernährung und

ihre Functionen durch allgemeine Störungen des Blutkreislaufs geschädigt werden, wodurch das häufige Auftreten der Chorea nach Gelenkrheumatismus, Endocarditis und verschiedenen psychischen Erschütterungen erklärt wird.

III. Referate und Kritiken.

725) **W. Detmer** (Jena): Zum Problem der Vererbung.
(Archiv für Physiologie von E. F. W. Pflüger. 41. Bd. 5. u. 6. Heft.)

Auf Grund der im Pflanzenreich gemachten Wahrnehmungen, denen zufolge die mannigfaltigsten äusseren Einflüsse (Temperatur- und Beleuchtungsverhältnisse, Nahrung, Boden etc.) auf den Organismus resp. direct und indirect auf die Sexualorgane der Pflanzen ein- und nachzuwirken vermögen, hält sich D. zu dem Schlusse berechtigt, dass auch viele erblich gewordene Charactere des Menschen unzweifelhaft die Folge nachwirkender äusserer Einflüsse seien.

Pauli (Köln).

726) **Audry** (Lyon): Les porencéphalies. (Revue de médecine. 6. 7. 1888).

Die Porencephalien, tiefe Substanzverluste, welche die Hirnwindungen zerstören und oft bis zu den Ventrikeln vordringen, sind die Folge einer ganzen Anzahl der verschiedensten Störungen. Sie können das Resultat einer Entwicklungshemmung, eines sehr starken Hydrocephalus, einer Embolie oder Haemorrhagie, einer Encephalitis, sowie einer starken Gehirnanaemie sein. Diese Störungen wirken hauptsächlich in der foetalen Lebensperiode, da das Gehirn in dieser Epoche eine Brüchigkeit seiner anatomischen Elemente zeigt, welche seine Zerstörung erleichtert.

Verf. glaubt die Schlüsse von Kundrat zugeben zu können unter der Bedingung, dass man nicht in dem Maasse, wie dieser Autor, die Substanzverluste in den verschiedenen Gefässgebieten lokalisirt. Bei weitem am häufigsten sind die Hemisphaeren Sitz der Porencephalie, und in einem Drittel der Fälle sind beide Hemisphaeren betheiligt und zwar meist an symmetrischen Stellen. Nicht selten findet man einen Schwund beider Hemisphaeren bis auf einige Reste der hinteren, unteren Windungen, wobei aber der Hirnstamm erhalten ist; es handelt sich dabei um eine foetale Form. Die zellige Infiltration (Cotard) und die gelatinöse Infiltration scheinen in einzelnen Fällen eines der ersten Stadien der Erkrankung darzustellen.

Die Porencephalien, von denen Verf. nicht weniger als 103 Fälle kurz zusammenstellt, sind relativ häufig. Hereditäre Verhältnisse sind selten angegeben, doch hat die Syphilis vielleicht einigen Einfluss. In einer gewissen Zahl von Fällen hat, wie Cotard und Kundrat angeben, ein Trauma die Affection hervorgerufen.

Die Hauptsymptome, die durch die Substanzverluste und die secundären Störungen bedingt werden, sind Idiotie, Lähmungen und

Contracturen. Die Idiotie beobachtet man hauptsächlich bei den foetalen Formen. Uebrigens ist die Intelligenz in einer bestimmten Zahl von Fällen intakt geblieben, zumal bei solchen, bei denen die Erkrankung nach der Geburt entstand (Kundrat). Die Lähmungen zeigen meistens das Bild einer Hemiplegia spastica infantilis; sie können schon im Augenblicke der Geburt vorhanden sein. Recht häufig kommen die verschiedenartigsten convulsiven Anfälle, sowie Atrophien vor.

Die Sprachstörungen sind in der Regel Ausfluss der Idiotie, doch trifft man auch wirkliche Aphasie an. Ausserdem findet man Störungen des Gehörs, der allgemeinen Sensibilität und vor allem des Gesichtes (Amaurosie, Strabismus, Nystagmus).

Die Schädeldifformitäten, wie Hydrocephalus, Mikrocephalus, Hervorwölbungen, Eindrücke, Abflachungen der Stirngegend, sind nichts weniger wie selten.

Die klinischen Formen der Krankheit sind sehr verschieden. Die beiden häufigsten sind diejenigen, welche das Bild der Idiotie und der Hemiplegia infantilis darstellen; einige täuschen eine spastische Kinderlähmung vor und eine Reihe von Fällen endlich bleiben latent.

Die Diagnose der Porencephalie ist recht schwierig. Man kann die Affection mit den Erkrankungen verwechseln, welche in Begleitung der Idiotie vorkommen, und zwar vornehmlich mit der atrophischen Cerebralsklerose; doch ist letztere seltener, datirt meist aus einer späteren Lebenszeit und hat kaum Schädeldifformitäten im Gefolge.

Diejenigen Gehirnerkrankungen, welche das Bild der Hemiplegia spastica infantilis hervorrufen, nämlich Tumoren, Erweichungen, Blutungen, Encephalitiden, können leicht zur Verwechslung Veranlassung geben; doch findet man bei der Porencephalie häufiger intellectuelle Störungen und oft einen schnelleren Beginn. Die spastische Kinderlähmung hat eine besondere Aetiologie insofern sie in der Regel bei Frühgeburten vorkommt, ausserdem respectirt sie meistens die Intelligenz, wenigstens, wenn sie einen reinen spinalen Typus zeigt.

Die Porencephalien sind sehr schwere Erkrankungen. Sie bedingen oft den Tod des Foetus oder des Neugeborenen. Eine Anzahl Patienten können allerdings ein hohes Alter erreichen, doch zeigen die meisten schwere cerebrale Störungen; die letzteren Kranken fallen oft der Phthise anheim. Strauscheid.

---

727) **Wiegand:** Ein Fall von Echinokokkus in der Wirbelsäule. (Med. obornik Warschawsk. Ujasdowsk. Gospitalja; Ref. Wratsch 1888 Nro. 31.)

Pat. Soldat von 22 J. wurde mit allen Anzeichen einer Myelitis ins Hospital aufgenommen.

Am 17. 1. 1888. begann Pat. in der Wirbelsäule auf der Höhe des 4—3 Wirbels Schmerz zu empfinden, zu dem sich allmählich dumpfe Schmerzen, Schwäche und Zittern der unteren Extremitäten gesellten, bis endlich am 25. 2. plötzliche Lähmung eintrat. Am 7. 5. wurde Pat. ins Hospital übergeführt mit halb gekrümmten unbeweglichen Extremitäten. Druckempfindlichkeit des 4. Brustwirbels, erhöhte Reflexe und geschwächte Thätigkeit der Blasen- und Darm-

muskeln. Am 8. 12. Tod unter der Erscheinung vollständiger Entkräftung. Bei der *Section* ergab sich folgendes: Das Rückenmark in der Gegend des 4—5 Brustwirbels in der Ausdehnung von 2 Cm. verdünnt, zwischen der Oberfläche desselben und der Wand des Wirbelkanales befanden sich 10—12 Bläschen, von Erbsen- bis Nussgrösse, welche eine durchsichtige wässerige Flüssigkeit mit Echinokokkenhaken enthielten. Ueberhaupt ergab die Obduction, dass es sich in diesem Falle um Myelitis und entzündliche Atrophie in Folge des Druckes der Echinokokkenbläschen auf das Rückenmark handelte. Verf. hat in der Literatur nur 13 Fälle von Echinokokken im Wirbelkanale gefunden, von denen in 7 dieselben sich ausserhalb bildeten und erst später in den Kanal hineinwuchsen. Buch (Willmanstrand).

---

728) **W. C. Krause**: Ueber Tuberkelknoten des Cerebellum.
(Inaugural-Dissertation. 28 S. Berlin 1888.)

In der Poliklinik von Eulenburg und Mendel beobachtete Verf. ein zweijähriges Mädchen, welches seit einiger Zeit an epileptiformen Krämpfen, zumal in den rechtsseitigen Extremitäten litt und viel Kopfschmerzen hatte. Bei der Untersuchung fand man, dass Pat. etwas benommen war und beim Versuche zu gehen in hochgradiges Schwanken gerieth, mit besonderer Neigung nach rückwärts zu fallen. Ausserdem fand man in beiden Lungenspitzen die Zeichen bestehender Veränderung. Bei der bald darauf erfolgten Section fand man eine Anzahl im ganzen Kleinhirn zerstreuter Tuberkelknoten von verschiedener Grösse. Im Anschluss hieran entwirft Verf. ein kurzes Bild der Pathologie dieser Erkrankung. Strauscheid.

---

729) **J. Jappa**: Ueber die Veränderungen der peripheren Nerven bei Tuberculose. (Dissertation St. Petersburg 1888.)
(Wratsch 1888 Nro. 28.)

Verfasser hat an 15 Schwindsüchtigen untersucht, welche Symptome von Seiten der peripheren Nerven bei vollständigem Intactsein des centralen Nervensystems bei Tuberculose vorkommen, und durch welche anatomischen Veränderungen in den Nervenstämmen diese Symptome bedingt werden. Er hat in allen Fällen das Rückenmark und seine Wurzeln makro- und mikroskopisch untersucht und gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. In allen tödlich verlaufenden Fällen von Schwindsucht kann man an vielen Nervenenden pathologisch-anatomische Veränderungen nachweisen.
2. Diese Veränderungen sind in den feinen Verzweigungen schärfer ausgesprochen als in den dicken, und ebenso schärfer in den unteren Extremitäten als in den oberen.
3. Sie entsprechen vollständig der sog. parenchymatösen degenerativen Neuritis.
4. Die Veränderungen hängen nicht vom centralen Nervensysteme ab.

5. Eine periphere Neuritis ist aller Wahrscheinlichkeit nach die Ursache jener zahlreichen Symptome von Seiten des peripheren Nervensystems, welche bei der Schwindsucht beobachtet werden.

6. Die Symptome von Seiten des peripheren Nervensystems äussern sich bei Lebzeiten unvergleichlich häufiger in der Gefühls- als in der Bewegungssphäre. Buch (Willmanstrand).

---

730) **Nonne** (Hamburg): Anatomische Untersuchung eines Falles von Erkrankung motorischer und gemischter Nerven und vorderer Wurzeln bei Tabes dorsalis. (Arch. f. Psych. XIX. 3. p. 809.)

Es handelt sich um einen (bereits früher — s. d. Centrbl. 1888 p. 277 — kurz skizzirtem) Fall von typischer Tabes dorsalis mit ebenso typischem Rückenmarksbefund, dessen Interesse darin liegt: dass amyotrophische Prozesse in den Muskeln der oberen und unteren Extremitäten ihre anatomische Erklärung fanden in einer Degeneration peripherer *motorischer* Nerven und *vorderer Wurzeln* des Rückenmarks bei *intacter grauer Substanz* und *ihrer Ganglienzellen.* Die Veränderung der motorischen peripherischen Organe entstand also ohne Betheiligung der spinalen trophischen Centren. Anlangend die Atrophie in den Vorderwurzeln: so konnte dieselbe durch Ascension von der Peripherie aus am ehesten zu Stande gekommen sein. Die anderen zwei Möchlichkeiten: dass der tabische Process von den Hintersträngen durch die *intacten* Vorderhörner auf die Vorderwurzeln gewandert sein sollte, oder dass es sich um eine gleichzeitige Erkrankung des gesammten motorischen Apparats gehandelt habe, hält der Verf. für weniger wahrscheinlich. Langreuter (Eichberg).

---

731) **Spillmann** et **Haushalter** (Nancy): Observation de myopathie progressive primitive à type facio-scapulo-huméral.
(Revue de médecine. 6. 1888.)

Bei einem 28 jährigen Bureaubeamten hatte sich in der Kindheit eine Atrophie des orbicularis oris eingestellt; später wurden die Gesichtsmuskeln ergriffen, darauf die Muskeln des Schultergürtels, des Ober- und Vorderarmes, der Schenkel, wobei aber die Vorderarmbeuger sowie die Wadenmuskeln verschont blieben; die Atrophie zeigte sich in den Muskeln ohne Weiteres i. e. ohne eine Periode der Hypertrophie und selbst in den am meisten atrophirten Muskeln hatten die Fasern ihre Streifung und Struktur bewahrt. Die Muskeln zeigen keine fibrillären Zuckungen; ihre elektrische Erregbarkeit ist quantitativ je nach dem Grade der Atrophie herabgesetzt, doch findet sich keine Entartungsreaction. Die Knie- und die Plantarreflexe sind aufgehoben, eine bei dem facio-scapulo-humeralen Typus seltene Erscheinung, die sich nur da findet, wo die Atrophie stark ausgesprochen ist. Indessen eines der hervorragendsten Charakteristika der progressiven Myopathie mit facio-scapulo-humeralen Typus fehlt, nämlich die Erblichkeit der Affection; weder in der Ascendenz noch in der sonstigen Verwandtschaft des Patienten finden sich mit einem ähnlichen

Leiden behaftete Personen. Dies hindert aber nach Ansicht der Verfasser durchaus nicht, ihn zu der Klasse von Patienten zu zählen, deren Krankheitsgeschichte bekanntlich von Landouzy und Déjerine geschildert worden ist. Strauscheid.

---

732) **Leclerc** et **Françon** (Paris): Atrophie musculaire myopathique. (Revue de médecine 8. 1888.)

Der 20 jährige Patient M. D. stammt von einem an Diabetes gestorbenen Vater; Nervenkrankheiten sind in der Familie nicht vorgekommen. Pat. hatte mehrmals unter starker Temperaturerhöhung Purpura der unteren Extremitäten und Haemoglobinurie. Bei der Untersuchung fand man eine mehr oder minder beträchtliche Atrophie der Muskeln des Schultergürtels und des Rückens; keinerlei Pseudohypertrophie, keine fibrillären Zuckungen, keine Entartungsreaktion wurde beobachtet. Die Muskeln der Arme und der Beine waren nicht wesentlich verändert. Verf. wollen durch die faradische Behandlung des Pat. eine bedeutende Besserung erzielt haben. Strauscheid.

---

733) **Manz** (Freiburg i. B.): Ueber Neuritis optica bei Gehirnkrankheiten. (Münch. Med. Wochenschr. 1888. 32. Vortrag auf der XIII. Neurolog. Versammlung in Freiburg.)

Der Vortrag des Freiburger Ophthalmologen bringt keinerlei neue Gesichtspunkte für die practisch so wichtige Frage der Neuritis optica; er ist vielmehr rein kritischer oder polemischer Natur. Trotzdem erscheint er so belehrend, dass ein ausführlicheres Referat desselben durchaus angezeigt erscheint.

Die symptomatische Bedeutung der Neuritis optica beruht auf dem grossen Procentsatz ihres Vorkommens bei Hirnleiden besonders bei gewissen intracraniellen Affectionen, in erster Reihe bei Tumoren, dann bei Meningitis, viel seltener beim Gehirnabscess und fast gar nicht bei Gehirnblutungen.

Dadurch wird die Neuritis resp. Papillitis ein Symptom, welches zur differentiellen Diagnose benützt werden kann, besonders dann, wenn sie doppelseitig auftritt. Dagegen kann dieselbe, wie allseitige Erfahrung gelehrt hat, keinen directen Aufschluss geben über den Sitz des cerebralen Krankheitsherdes, über die Art der Krankheit, auch nur sehr unsicher über die Ausdehnung derselben. Es konnte desswegen keines dieser Momente sein, welchem die Entstehung der Sehnervenaffection zugeschrieben werden durfte, es musste dafür ein anderer Factor gesucht werden, welcher von jenen intracraniellen Processen in Wirksamkeit gesetzt, die Vermittelung für die Sehnerven übernehmen konnte.

v. Graefe glaubte denselben in dem gesteigerten intracraniellen Druck gefunden zu haben, eine Voraussetzung, welche durch anatomische und klinische Thatsachen gestützt, bald und bis auf den heutigen Tag einer fast allgemeinen Anerkennung begegnete. Selbstverständlich musste, um jene Hypothese zu beweisen, gezeigt werden,

auf welche Weise der gesteigerte Hirndruck die bekannte Veränderung am ocularen Sehnervenende hervorbringen kann. Hier führten nun begreiflicherweise die bedeutenden Störungen der Netzhautcirculation, wie sie im Augenspiegelbilde durch die erweiterten, geschlängelten Venen, die verengten Arterien und die zahlreichen Ecchymosen auf und neben der Papille bemerkbar wurden, zu der Annahme einer venösen Stauung in und hinter dem Sehnerven, der dann auch die starke Anschwellung der Papille als Folge zugerechnet wurde. Der Versuch v. Graefe's, jene venöse Stauung aus einer Compression der Gehirnblutleiter zu erklären, musste aufgegeben werden, nachdem die anatomischen Untersuchungen Sesemann's gezeigt hatten, dass das Blut der Vena centralis retinae, auf welche sich der Druck endlich übertragen sollte, noch andere Abflusswege habe, als nur den Sinus cavernosus.

Der durch Schwalbe nachgewiesene Zusammenhang des Schädelraumes mit den Opticusscheiden (Subvaginalraum) eröffnete eine andere Auffassung. (Hydrops vaginae.)

Das Ueberfliessen eines pathologischen Transsudates aus dem Schädelraume in die Scheide und dessen besondere Ansammlung an der Eintrittsstelle des Sehnerven wäre demnach die unmittelbare Veranlassung der Circulationsstörung in der Papille und zugleich die Quelle der ödematösen Infiltration des Sehnerven an dieser Stelle, welche in der pilzförmigen Anschwellung jener Papille zu einem besonders charakteristischen Ausdruck kommt.

Graefe's Stauungspapille blieb also eine Stauungspapille und ein Beweis für eine Zunahme des Schädelinhalts ohne Rücksicht auf die Qualität der intracraniellen Erkrankung. Das bis zum Sehnervenansatz vordringende Fluidum ist wohl fast immer ein pathologisches Exsudat, wie es so häufig bei Gehirnkrankheiten sich bildet, könnte am Ende auch die Lymphe sein, welche in wechselnder Menge in den Arachnoidealräumen fluctuirt.

Das ist ohngefähr der leitende Gedanke der sogenannten Transporttheorie wie sie vom Vortr. aufgestellt wurde.

Andere Versuche, das Zustandekommen der Stauungspapille zu erklären, welche nachher z. B. von Benedikt und einigen Engländern bekannt gemacht wurden, haben wenig Anklang gefunden. Dagegen hat Leber auf dem Londoner medicinischen Congress 1882, indem er noch an dem häufigen Vorkommen des Scheidenhydrops bei der symptomatischen Neuritis optica festhielt, die Idee ausgesprochen, dass dieser nicht durch mechanischen Druck wirke, sondern in dem er bestimmte Stoffwechselproducte aus dem Schädel zum Opticus führe, welche auf anderem, etwa chemischem Wege auf ihn einwirkten.

Diese Annahme bildet in der Hauptsache den positiven Inhalt einer im vorigen Jahre erschienenen Schrift von Deutschmann, welche zum anderen Theile eine Kritik der früheren Theorien über die Natur und Genese der Stauungspapille enthält. Bei dieser Kritik kommt Deutschmann zu dem Resultat: Die Stauungspapille ist nichts Besonderes, sie ist eine ächte Neuritis und bedarf zu ihrer

Entstehung weder einer Steigerung des intracraniellen Druckes noch eines Hydrops der Sehnervenscheide.

Die symptomatische Bedeutung dieser Neuritis optica kann natürlich dabei doch bestehen bleiben, wird aber doch nicht unbedeutend eingeschränkt, erhält vielmehr den Charakter des Zufälligen.

Diese Seite der Deutschmann'schen Arbeit ist es hauptsächlich, gegen welche sich M.'s Vortrag. wendet.

Leber's Idee scheint von vornherein gewiss annehmbar und entspräche, insbesondere wenn der von ihm vermutheten chemischen Reizung parasitäre Keime hinzugesellt oder substituirt würden, gut den gegenwärtig herrschenden pathogenetischen Lehrmeinungen. Wirkliche Beweise für jene Wirkung, für die Anwesenheit wirksamer Entzündungserreger im Sehnervenscheidenraum sind bis jetzt nicht geliefert und werden auch nicht gerade leicht zu liefern sein, sofern man sich nicht damit begnügt in einem oder dem anderen Falle von Scheidenhydrops in der Leiche Mikroorganismen nachzuweisen.

Man kann aber gewiss von vornherein zugeben, dass, wenn solche Entzündungserreger da sind, sie aus dem Schädelraum in den Subvaginalraum des Opticus gelangen und hier eine Entzündung dieses Nerven hervorrufen können. Es frägt sich dann zunächst nur, ob diese beliebige oder specifische Entzündung die Characteristica hat, die wir eben bei der Stauungspapille finden. Es gibt bekanntlich auch entzündete Sehnervenpapillen, welche nicht aussehen wie jene, welchen die bedeutende pilzförmige Anschwellung, die hochgradigen Circulationsstörungen, die jene auszeichnen, abgehen.

Schon v. Graefe hat versucht, hier zu trennen, die Stauungspapille von dem Bilde zu unterscheiden, in welchen er eine Neuritis descendens vermuthete. Man überzeugte sich jedoch bald, dass eine solche Trennung aus dem ophthalmoscopischen Befund allein sich nicht ableiten lasse. Wenn man nun aber auch genöthigt war, „Misch- oder Uebergangsformen“ zuzugeben, so ist damit das Vorkommen typischer Fälle nicht ausgeschlossen, und es ist dann nur die Frage: sind die Unterschiede nur Gradunterschiede der Entzündung oder lassen sich darin verschiedene Factoren erkennen? Deutschmann behauptet das Erstere, ihm ist die Stauungspapille nur ein hoher Grad der Neuritis; Vortr. möchte glauben, dass bei ihr besondere Circulationsstörungen eine besondere Rolle spielen, welche schon vor der pilzförmigen Anschwellung vorhanden sind. Diese Circulationsstörungen könnten ja auch sammt der dadurch herbeigeführten ödematösen Schwellung einige Zeit fortbestehen, ohne dass es zu wirklich entzündlichen Veränderungen käme. Indessen mag auch noch so oft die Stauungspapille eine wahre Neuritis sein oder werden, so ist doch durch zahlreiche Untersuchungen festgestellt, dass jene ödematöse Schwellung in und vor der Lamina cribrosa dabei sehr in den Vordergrund tritt, wenn man auch nicht, wie einige Autoren, die Sehnervenaffection schlechtweg für ein Oedem halten will. Gerade dieses Oedem ist es aber, was der Stauungspapille ihre eigenthümliche Form verleiht, während bei anderen Entzündungen die Infiltration früher

und weiter in die Umgebung hinausgreift, wesshalb man auch hier von einer Neuroretinitis spricht. Der steile Abfall der Geschwullst gegen die Retina, welcher auch in dem Verhalten der Gefässe in so charakteristischer Weise zum Ausdruck kommt, ist eben ganz besonders der Stauuangspapille eigen.

Vortr. fährt dann fort: „Ich habe es mir übrigens heute nicht zur Aufgabe gemacht, diese letztere zu retten, nur auf einen Punkt möchte ich noch aufmerksam machen, der mir durch die Stauung besser erklärt scheint, als durch die einfache Neuritis. Es sind das die Schwankungen in der Sehstörung, welche nicht selten dabei in mannigfachem und oft raschem Wechsel auftreten, für welche auch der Augenspiegelbefund durch eine veränderte Gefässfüllung an der Papille hin und wieder die Erklärung nahe legt. Bei den weiten Abflusswegen, welche der Arachnoidealflüssigkeit offen stehen, kann es wohl geschehen, dass auch das Fluidum aus dem Sehnervenscheidenraum in den Schädel zurückkehrt und damit den Sehnerven von dem auf ihm lastenden Druck befreit.

Die Leber'sche Hypothese nun, welche Deutschmann weiter ausgebaut hat, versucht derselbe für die verschiedenen eine Neuritis opt. hervorrufenden Gehirnkrankheiten als brauchbar zu erweisen, ein Versuch, gegen den ich im Folgenden einige Einwendungen machen möchte, soweit das die mir vorgeschriebene Zeit noch gestattet.

Abgesehen davon, dass, wie schon von anderer Seite entgegengehalten wurde, es auffallend sein muss, dass die vom Gehirnherd herstammenden Entzündungserreger so viele andere Gehirnnerven während ihres intracraniellen Verlaufes nicht angreifen, ist schon die Annahme, dass aus der Umgebung von Tumoren am häufigsten solche Keime herkommen sollen, da jene ja die häufigste Quelle der Stauungspapille sind, eine nicht gerade sehr plausible. Demgegenüber muss die viel grössere Seltenheit einer ausgeprägten Stauungspapille bei Meningitis sehr auffallen, bei welcher allerdings öfters entzündliche Erscheinungen an der Papille und in der Retina auftreten, ohne dass es aber zu jener besonderen Schwellung kommt, auch dann nicht kommt, wenn die Krankheit von längerer Dauer ist, also bei einer Krankheit, bei welcher doch wohl Entzündungskeime, seien es nun chemische oder parasitäre, in besonderer Menge vorkommen.

Noch weniger verständlich wird uns die Sache aber bei der eitrigen Encephalitis.

Wenn Deutschmann hier seine Theorie dadurch zu retten sucht, dass er sagt, der Gehirnabscess sei meistens durch eine Membran gegen seine Umgebung abgesperrt, so mag das ja für manche, namentlich ältere Abscesse gelten, obgleich auch hierbei ein so strikter Abschluss gegen die Lymphwege des Gehirns schwer denkbar ist; für die früheren Stadien der Eiterung aber kann jene Voraussetzung nicht gelten, hier müssten doch die Entzündungserreger, seien es nun chemische oder parasitäre, in die Sehnerven gelangen und hier ihre Wirksamkeit entfalten, ebenso wie der Tuberkelstoff, den Deutschmann in den Schädel eingespritzt hat. Nun kommt aber Neuritis

opt. hin und wieder einmal bei Gehirnabscess vor, wofür Deutschmann selbst mehrere Beispiele aus der Literatur gesammelt hat, — hat man da nun in den Sehnervenscheiden oder in der Papille die Producte der eiterigen Entzündung gefunden, von welcher jene Keime doch herstammen? In den Fällen, welche jener Autor aufführt, erfahren wir nichts davon, in einem, den ich selbst beschrieben habe, war nichts davon zu finden, in seiner eigenen Beobachtung, welche etwas Genaueres über den Zustand der Sehnerven enthält, ist nur von den gewöhnlichen entzündlichen Veränderungen die Rede, der Scheidenhydrops wird nicht als eitriges Exsudat erwähnt, trotzdem eine eitrige Basilarmeningitis bestanden hatte.

Was die descendirende Neuritis betrifft, welche einige Autoren gerade für entzündliche Affectionen des Gehirns und seiner Hüllen angenommen haben, so muss ich mich dem Zweifel anschliessen, den Deutschmann ausspricht, da ich in einigen Fällen von Papillitis, wenn ich den Sehnerven bis zum Foramen opticum hinauf untersuchte, mich von einer Zunahme der entzündlichen Veränderungen nicht überzeugen konnte; öfter bemerkte ich eine rasche Abnahme derselben, besonders so weit es sich um die Gefässfüllung und das Oedem handelte, unmittelbar hinter der Bulbusinsertion.

Indem ich mich für heute auf diese wenigen kritischen Bemerkungen gegen die neue Hypothese beschränke, möchte ich zum Schlusse noch meine Meinung dahin aussprechen, dass es wohl gerathen sein wird, in dieser Angelegenheit die Untersuchungen immer wieder aufzunehmen, indem wir einerseits am Lebenden möglichst genau den Verlauf der Erscheinungen im Augenhintergrunde verfolgen, immer im Hinblick auf die übrigen Gehirnsymptome; anderseits aber wollen wir auch das Studium des anatomischen Präparates fortsetzen, um zu erkennen, ob nicht neben Veränderungen, welche in allen Fällen wiederkehren dann und wann Besonderheiten sich finden, welche auf die Wirksamkeit gewisser Factoren, wie intracranieller Druck, Circulationsstörung, oder auch Infection, beim Zustandekommen oder etwa auch nur beim Ablauf des Sehnervenleidens einen Schluss gestatten, und dann vielleicht auch im Augenspiegelbilde sich erkennen lassen".

---

734) **Horstmann** (Berlin): Ueber Neuritis optica specifica.

(Vortrag im Verein für innere Medicin zu Berlin am 15. X. 1888. Dr. Skamper's Bericht in der Deutsch. Med.-Zeitg.)

Es ist bekannt, dass der Sehnerv nicht nur bei Gehirn- und Orbitalkrankheiten in Form der Stauungspapille oder Neuritis descendens, sondern auch durch andere Affectionen in Mitleidenschaft gezogen wird, so durch rheumatische Einflüsse, Syphilis, Intoxikationen, schwere fieberhafte Krankheiten, Menstruationsanomalien, Chlorose, Blutverluste, hereditäre Einflüsse. Ophthalmoskopisch findet sich das Bild einer mässig ausgesprochenen Neuritis oder Neuroretinitis. Niemals ist eine so hochgradige Schwellung der Papille vorhanden, wie bei intrakraniellen Affectionen, sondern zumeist nur leichte Trübung und Schwellung. Die Sehstörung steht in gar keinem Verhältniss mit dem oph-

thalmoskopischen Befunde. Oft sind beträchtliche Störungen bei geringer Veränderung des optischen Befundes vorhanden und umgekehrt. Die Sehstörung erfolgt gewöhnlich allmählich, in seltenen Fällen mit erstaunlicher Schnelligkeit. Was die Prognose der Neuritis optica betrifft, so ist sie im allgemeinen ungünstig; totale Erblindung oder Schwachsichtigkeit sind ihre Folgen. Nur selten wird das Sehvermögen ganz wiederhergestellt.

Eine grosse Reihe von neuritischen Augenerkrankungen beruhen auf syphilitischer Basis. Alexander hat statistisch nachgewiesen, dass 2,16% aller Augenleidenden syphilitisch erkrankt ist. Die Erkrankung des Opticus tritt auch in Form der Stauungspapille, der Atrophia nervi optici, der Neuritis descendens auf. Die Neuritis kann durch ein Gumma im Schädel in Form der Stauungspapille auftreten, oder von den Meningen nach dem Opticus sich weiter verbreitet haben.

Im Laufe der letzten 15 Jahre hat H. 8 Fälle von primärer specifischer Entzündung des Opticus beobachtet, und zwar war dieselbe 3mal doppelseitig, 5mal einseitig vorhanden. Bei sämmtlichen Kranken waren keine Erscheinungen vorhanden, welche sich auf das Gehirn, seine Häute oder Orbitalaffectionen zurückführen liessen. Für das Vorhandensein einer Neuritis syphilitica spricht die Anamnese. Sämmtliche Patienten hatten an Lues gelitten und zum Theil antisyphilitische Kuren durchgemacht. Ausserdem spricht dafür der Erfolg der Therapie. Immer wurde der Zustand durch Schmierkur oder Jodkali wesentlich gebessert oder zu völligem Stillstand gebracht. Auch der ophthalmoskopische Befund spricht gegen Stauungspapille. Wenn auch eine Verminderung des Sehvermögens in allen Fällen zurückblieb, so war dasselbe doch nicht in so hohem Grade herabgesetzt, wie bei Atrophie nach Stauungspapille.

Als zweite Affection bei Lues beobachtet man Neuritis descendens, doch kann es sich auch um diese in den beschriebenen Fällen nicht handeln, da keine Spur von intrakranieller Erkrankung vorhanden war. Ebensowenig waren Zeichen einer Orbitalerkrankung nachweisbar. Es bliebe nur noch übrig, den Krankheitsprocess im Opticus selbst zu suchen, wo unzweifelhaft syphilitische Gummata etc. vorkommen. Allein alle diese Erkrankungen des Opticus treten erst im sekundären Stadium der Syphilis auf. Dagegen ist in 5 der erwähnten Fälle die Neuritis einseitig aufgetreten, noch ehe ein Jahr nach der Affection verflossen war, und die Affection ging im Verlaufe von 4—7 Monaten zurück, während die Sehschärfe, allerdings mit konzentrischer Gesichtsfeldbeschränkung, sich wesentlich hob. In einem Falle von Neuritis, bei dem sie nach $1^1/_2$ Jahren auftrat, hob sich die Sehschärfe von $^5/_{16}$ auf $^5/_8$. In zwei Fällen, in denen die Entzündung doppelseitig aufgetreten war, wurde keine Besserung bemerkt, obgleich die Neuritis sich zurückgebildet hatte. Hier war die Affection 2 resp. 3 Jahre nach der Infektion aufgetreten, und es handelte sich wahrscheinlich um Gummata im Opticus. Die Veränderungen müssen im Centrum des Opticus um die centralen Gefässe herum auftreten, da sich überall konzentrische Einengungen des Gesichtsfeldes

finden. Vielleicht können auch die entzündlichen Erscheinungen von den Gefässen auf die sie umgebenden Nerven übergegriffen haben.

Ist die Infektion schon vor längerer Zeit erfolgt, so ist die Aussicht auf Restitutio ad integrum geringer, doch gelingt es auch hier durch eine antisyphilitische Kur geringe Besserung resp. Stillstand der Affection zustande zu bringen. Ungünstiger liegt die Prognose, wenn Prozesse von der Orbita oder vom Canalis opticus her einwirken. Hier ist oft atrophia nervi optici die Folge. Neuritis descendens und Stauungspapille treten erst nach mehrjährigem Bestehen der Syphilis auf. Die schlimmste specifische Erkrankung des Opticus ist die genuine Atrophie, der Schluss ist fast ausnahmslos totale Amaurose.

Was die Häufigkeit der specifischen Erkrankung des Auges betrifft, so wird der Uvealtraktus am meisten von syphilitischer Erkrankung betroffen, dann folgt die Netzhaut und schliesslich der Sehnerv. Von diesen Erkrankungen ist am seltensten die primäre Retinitis auf spezifischer Basis.

Thorner erwähnt einen Fall aus seiner Praxis, bei dem eine Komplikation die Diagnose sehr erschwerte. Es handelte sich um einen 48 jährigen Mann mit ziemlich starker beiderseitiger Konjunktivitis, bei dem sich nach Atropinisirung bei sonst negativem Augenspiegelbefund stark hyperämische Papillen fanden und ausserdem ehebliche Sehstörungen bestanden. Ein hinzugezogener Specialarzt diagnosticirte syphilitische Entzündung des Sehnerven. Nach einer Schmierkur und gleichzeitiger Darreichung von Jodkalium besserte sich der Zustand langsam. Die Zeit der Infection lag bei dem Patienten mindestens sieben Jahre zurück, auch hatte er schon einmal zuvor geschmiert. Bemerkenswerth erschien Th. die ätiologisch nicht recht aufgeklärte Konjunktivitis, welche dadurch, dass sie scheinbar einen genügenden Grund für die Sehstörungen abgab, die Sachlage so verschleierte, dass ohne die eingehende Untersuchung der Fall in seiner ätiologischen Bedeutung nicht genügend gewürdigt worden wäre; damit wäre aber die Erblindung des Pat. sicher gewesen.

Discussion. G. Gutmann: Gegenüber dem Ausspruch des Vortragenden, dass die Prognose bei Atrophia optica specifica absolut infaust ist, führt G. folgenden von ihm kürzlich behandelten Fall an, welcher den Werth einer antisyphilitischen Behandlung bei Erkrankungen des retrobulbären Theils des Sehnerven ins rechte Licht setzt. Im August d. J. kam in G.'s Abwesenheit eine 43 jährige Frau in die Poliklinik mit der Angabe, seit zwei Tagen einen Nebel vor den Augen bemerkt zu haben, der zusehends dichter würde. Die Sehschärfe war rechts Finger in $1^1/_2$ m mit $+ 4{,}5$ D $^2/_{36}$, links Finger in $2^1/_2$ m. Das Gesichtsfeld war unregelmässig eingeengt; blau und roth wurde erkannt, grün nicht; rechts bestand ein kleines centrales Skotom. Ophthalmoskopisch fanden sich die Papillengrenzen zart verschleiert, zwischen Macula lutea und Papille des linken Auges hell rosafarbene kleine Herde, in der Macula lutea des rechten Auges feinste Stippchen. Die Pupillen reagirten prompt. Die Anamnese ergab, dass Patientin seit $1^1/_2$ Jahren nach der Menopause Schmerzen im Rücken und Leib und

öfters Kopfschmerzen gehabt hat; auch jetzt waren seit 5 Tagen heftige Kopfschmerzen aufgetreten. Sonst will Pat. immer gesund gewesen sein. Von vierzehn Kindern sind 8 im ersten Jahre gestorben; dreimal Abortus. Im Urin wurde Eiweiss gefunden und demgemäss die Affektion als eine beginnende albuminurische Retinitis gedeutet und eine antinephritische Behandlung empfohlen.

Nach 3 Wochen sah G. die Patientin am 5. Semptember zum ersten Male mit folgendem Status: Pupillen übermittelweit, reagiren auf Licht weder direkt, noch indirekt, auf Akkomodation gering. Papillengrenzen mit Ausnahme des zart verschleierten inneren Randes ganz scharf, Gefässe normal weit, Venen etwas geschlängelt. Die makuläre Hälfte des Sehnerven ist grauweiss, die früher beschriebenen Herde sind unverändert vorhanden. Das Gesichtsfeld war kaum aufzunehmen; es wurden beiderseits excentrisch nur noch in einem kleinem Abschnitt der linken Gesichtsfeldhälfte Handbewegungen erkannt. Patientin musste geführt werden und erkannte rechts Finger in $1^1/_2$ Fuss unsicher, links nur noch Handbewegungen in nächster Nähe.

Da die Anamnese den Verdacht auf Lues anregte, so liess G. Pat. von einem Spezialarzt für Hautkrankheiten untersuchen, mit negativem Befund. Immerhin rieth er noch zu einem Versuch mit der Inunktionskur, hielt freilig die Prognose bei dem hochgradigen Verfall der Sehschärfe und der ausgesprochenen Optikusatrophie für sehr ungünstig.

Am 22. Semptember sah G. die Pat. wieder. Sie konnte sich im Raume leidlich zurecht finden, sah beiderseits Finger in 2 m, die Gesichtsfelder waren normal weit; es bestand ein kleines centrales Skotom. Von Farben wurden blau und roth in zwar noch eingeengten Grenzen erkannt. Die Pupillen reagirten beiderseits träge, aber deutlich auf Licht, die Sehnerven waren noch fahl. Pat. hatte vom 7.—11. September 15 grm. Ungt. cin. verrieben, dann wegen zunehmender Kopfschmerzen und wegen merkurieller Symptome die Salbe ausgesetzt. Die Kopfschmerzen liessen auf Antifebrin nach. Vom 13. September bis heute war die Sehschärfe zusehends besser geworden. — Am 29. September erkannte Pat. rechts Finger in $2^1/_4$ m, links in 3 m, die centralen Skotome waren aber grösser geworden, roth und grün wurden nicht erkannt. Es war also bei längerem Aussetzen der Schmierkur wieder eine Verschlechterung eingetreten. Es wurde deshalb sofort wieder zur Inunktion geschritten und am 5. Oktober sah Pat. rechts Finger in 3, links in 4 m, die centralen Skotome wurden kleiner. Am 13. Oktober zählte Pat. bei freiem Gesichsfelde und kleinsten ca. $1-2^0$ grossen centralen Skotomen beiderseits Finger in $5^1/_2$ m, grün und roth wurden noch nicht erkannt, mit + 3,0 D wurde Sn V: 5 Zoll mühsam gelesen. Die Pupillenreaction auf Licht war bedeutend prompter geworden. Die Sehnerven waren noch blass, aber die makulären Randtheile der Papillen zeigten einen schwachen rosafarbenen Schimmer. Der Eiweissgehalt des Urins war geringer geworden.

Offenbar handelte es sich hier um einen Fall von Neuritis retrobulbaris auf syphilitischer Grundlage, bei dem die antisyphilitische

Behandlung erwiesen hat, dass die Prognose bei Atrophia optica e neuritide retrobulbari nicht absolut infaust ist, und dass man gut daran thut, unter solchen verzweifelten Umständen nicht die Flinte ins Korn zu werfen, sondern eine energische Schmierkur zu versuchen.

Leyden fragt, ob und in wiefern der ophthalmoskopische Befund bei Gehirnleiden die Diagnose eines syphilitischen Ursprungs begründet oder unterstützt. Bekanntlich ist die Ursache einer Hemiplegie wenn nicht eine typische Apoplexie vorliegt, oft ziemlich schwer zu bestimmen und der Arzt wird häufig vor die Frage gestellt, ob eine antisyphilitische Kur indicirt ist. Eine andere Frage ist, ob die syphilitische Atrophie des Opticus sich von der sklerotischen unterscheidet.

Horstmann: In dem Falle des Thorner handelt es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um Chorioretinitis specifica. — Mit Gutmann stimmt Redner darin überein, dass gewisse Formen von Atrophia nervi optici sich vorübergehend bessern können. Bei Atrophia nervi optici beobachtet man zwei verschiedene Formen, eine neuritische und eine genuine Form. Findet sich Stauungspapille oder Neuritis descendens, so kann man annehmen, dass ein syphilitischer Process im Gehirn bezw. seinen Häuten oder in der Orbita sich findet. Bei genuiner Atrophia nervi optici nach Lues ist immer auf ein spinales Leiden zu fahnden.

---

735) **Gradenigo** (Padua): Die electrische Reaction des nervus acusticus. (Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften. 1888 Nro. 39. ff.)

(Fortsetzung.)

III. Von intracraniellen Erkrankungen verursachen diejenigen eine Steigerung der electrischen Erregbarkeit des Acusticus, welche sich einer acuten oder subacuten Entzündung des Sehnerven hinzugesellen (8 auf 9 Fälle, 88 pCt.).

Es pflegt in diesen Fällen die Hörschärfe normal zu bleiben, die objective und functionelle Prüfung des Ohres ergiebt gewöhnlich negative Resultate.

Die Erkrankungen des Augenhintergrundes vergesellschaften sich gewöhnlich nicht mit einer Uebererregbarkeit des Acusticus, auch wenn sie von einer centralen oder allgemeinen Ursache abstammen (einfache Sehnervenatrophie bei Tabes dorsalis oder cerebrospinaler Sclerose, Sehnervenatrophie bei chronischem Alkoholismus, Neuroretinitis in Folge von Albuminurie oder Syphilis).

IV. Die Steigerung der electrischen Erregbarkeit ist gewöhnlich doppelseitig, auch wenn die Erkrankung des Gehörganges nur einseitig ist; in diesem Falle ist die Steigerung auf der erkrankten Seite beträchtlicher.

V. Der Grad der electrischen Uebererregbarkeit variirt innerhalb sehr breiter Grenzen und ist derselbe abhängig von dem Verlaufe des krankhaften Vorganges, durch den derselbe hervorgerufen wird, und von dem Einflusse zufälliger Ursachen, welche weiter unten im Capitel über die qualititativen Eigenthümlichkeiten der Reaction, besprochen werden sollen.

Qualitative Modalitäten der Reaction.

I. Der Nervus acusticus reagirt unter geeigneten Versuchsbedingungeu analog den anderen sensiblen und motorischen Nerven, d. h. der electrische Reiz erzeugt Klangperception zuerst bei KaS, eventuell KaD, dann bei AnO, AnS und D und zuletzt bei KaO. Es muss deshalb die herrschende Meinung, dass der Acusticus mit Bezug auf seine sog. normale Reactionsformel (KaS und D, AnO) eine exceptionelle Stellung einnehme, verlassen werden.

II. Mit Bezug auf die Reactionsformel kann man in den einzelnen Phasen der electrischen Reizung Acht haben: A. auf das Erscheinen event. auf die Dauer (in Secunden) der Klangsensation, welche die Reaction darstellt; B. auf die Tonhöhe derselben.

A.

1. Wie bei den anderen Nerven, so erscheint auch beim Acusticus die Reaction zu allererst bei KaS, gewisse Fälle ausgenommen, von welchen weiter unten die Rede sein wird. Die Stromintensität, welche zur Hervorbringung der ersten Reaction bei KaS nothwendig ist, kann nach dem Vorschlage von Brenner zweckmässig primäre Erregbarkeit (EI) bezeichnet werden.

2. Wenn man die Stromintensität stufenweise vermehrt, oder wenn beim Constantbleiben jener, die Reizbarkeit des Nerven durch geeignete Wechselungen erhöht wird, so kann man auf kleine Distazen von KaS, auch die Reaction AnO und AnS erhalten. Diese beiden letzten Reactionen sind, sowie bei den motorischen Nerven, einander sehr nahe; in der Regel prävalirt hierbei AnO über AnS, aber wie ich weiter unten zeigen werde, begegnet man nicht selten einer Ausgleichung beider oder auch einem Prävaliren von AnS über AnO.

3. Wenn man die Stromintensität weiter steigert, kann man zuletzt KaO erhalten, das von KaS immer mehr oder weniger beträchtlich entfernt bleibt.

4. Ein Ueberdauern des Klanges der Reaction über die einzelnen Momente der Reizung hinaus kommt — mit individuellen Varietäten — vor. In den meisten Fällen jedoch erhält man eine Dauerreaction, wenn man um Weniges die Stromintensität, welche zur Erzeugung eines Klanges in den entsprechenden Phasen der Reizung nothwendig ist, erhöht.

5. Die Steigerung der Reizbarkeit des Nerven, welche man bei alleiniger Wirkung von Ka (EII von Brenner) erhält, ist in der Regel wenig markant. Sehr beträchtlich hingegen ist dieselbe, wenn man auf den Nerven alternirend Ka und An einwirken lässt. Diese Art der Reizbarkeit möchte ich als *secundäre Reizbarkeit* bezeichnen, als tertiäre E hingegen (EIII) diejenige, welche man beim raschen Wechsel von AnD zu KaS durch AnO (Volta'sche Alternative) erhält.

B.

Hinsichtlich der Tonhöhe des Schalles der Reaction begegnet man Verschiedenheiten bei den einzelnen Individuen.

Für gewöhnlich analog der Reaction des Nervus opticus ist der in den beiden Momenten der physiologisch grössten Reizung (KaS und D, AnO und OD) vernommene Klang ganz verschieden von dem-

jenigen, welcher bei KaS und D, eventuell KaO und OD vernommen wird. Im ersten Falle ist es eine Art von Klingen, das gewöhnliche Ohrenklingen (ungefähr c_5=4096 VS), im zweiten ein Sausen von niedriger Tonhöhe (ungefähr C = 64 VS). Diese typische Reaction zeigt jedoch eine ganze Reihe von Varietäten.

Die häufigsten sind die folgenden:

1. Bei schwacher Stromintensität erhält man auch bei KaS und D, AnO und D Sausen. Klingen wird nur dann vernommen, wenn die Stromstärke in gewissem Grade gesteigert wird. Ebenso kann für AnS und KaO das Klingen anstatt des typischen Sausen auftreten, wenn man die Stromstärke vermehrt. Wird diese progressiv vermindert, dann wird das Klingen wieder durch das Sausen ersetzt.

2. Eine der vorhergehenden ganz analoge Reaction; nur erscheint zwischen dem *Sausen* bei schwacher und dem *Klingen* bei starker Stromstärke ein dritter Klang (Glocke [512 VS], Pfeifen etc.).

4. *Klingen* und *Sausen*, *Klingen*, *Pfeifen* und *Sausen* können gleichzeitig vernommen werden. In solchen Fällen pflegt das Klingen zuerst aufzuhören, kurz nach Schliessung der Oeffnung des Stromes, zuletzt das *Sausen*.

4. Das Klingen wird bei den Schliessungen, das Sausen bei den Oeffnungen des Stromkreises vernommen.

5. Es wird in allen Phasen der Reaction, auch bei intensiver Stromstärke nur Sausen oder Klingen vernommen.

6. In bestimmten Fällen kann die Reaction in umgekehrter Weise auftreten: Klingen bei AnS und KaO, Sausen bei KaS und AnO.

Klänge, welche einen Uebergang zwischen dem *tiefsten* und dem *höchsten* Klange darstellen, werden *nicht*, wie Brenner angab, vernommen. C und c^5 scheinen physiologisch ganz nahe bei einander zu liegen. Ich konnte nur die Existenz von höchstens *drei* verschiedenen *Tönen* nachweisen, welche sich gegenseitig vertreten oder auch in verschiedener Weise vereinigen können, die aber immer ihre eigene Tonhöhe beibehalten. Es wird wohl jeder leicht einsehen, dass für die Physiologie des Gehörorgans aus dieser Thatsache sehr wichtige Folgerungen entstehen.

In Anbetracht der zahlreichen Varietäten, welche die Tonhöhe darbietet, ist der Schluss gerechtfertigt, dass die zwei Pole in ihrer Wirkung von einander nicht wesentlich abweichen, sondern nur quantitativ, d. h. hinsichtlich des Grades der Reizung sehr verschieden sind.

III. Die Dauer des erzeugten Klanges, welche von einer Sekunde bis zu einer unendlich grossen Zeit variiren kann, und die Tonhöhe desselben sind werthvolle Factoren, welche es erlauben, den Vorgang der electrischen Reizbarkeit für den Acusticus in viel feinerer und exacterer Weise zu präcisiren, als dies für einen motorischen Nerven selbst mit dem empfindlichsten Myographen möglich ist.

Der Grad der Reaction steht im Allgemeinen bei übrigens gleichen Bedingungen im Verhältniss zur Stromstärke, jedoch nur in bestimmtem Maasse.

Wenn man, nach Feststellung von EI des Acusticus, die Strom-

stärke progressiv verstärkt, dann wächst auch in entsprechender Weise die Dauer und Tonhöhe der einzelnen Phasen der Reaction; es erscheint jedoch alsbald ein Maximum der Reaction, welches in der Regel in den späteren Phasen nicht überschritten wird, auch wenn die Stromintensität erhöht wird; im Gegentheil, der Reactionsgrad vermindert sich eher, wegen Erschöpfung des Nerven. Ausnahmsweise kann man das *Maximum* der Reaction im Beginn der Sitzung haben, mit verhältnissmässig schwachem Strome.

IV. Die Modalitäten der Reactionsformel stehen hauptsächlich in Beziehung: 1) zum Grade der electrischen Ueberreizbarkeit des Acusticus, 2) zum Charakter derjenigen Erkrankung, welche die Ursache der Ueberreizbarkeit ist, 3) zu bestimmten modificirend einwirkenden äusserlichen Momenten, 4) zu bestimmten individuellen Eigenthümlichkeiten.

1. Bei übrigens gleichen Bedingungen kann man eine um so vollkommenere Formel hervorbringen und die einzelnen Phasen der Reaction sind einander um so näher, je grösser der Grad der Reizbarkeit ist, d. h. je tiefer bei KaS EI gelegen ist.

Obgleich man diesbezüglich wegen vieler individueller Varietäten keine festen Regeln aufstellen kann, so geht doch aus meinen Untersuchungen hervor, dass, wenn EI bei KaS (äussere Anwendungsweise) von Bruchtheilen von MA bis zu 2 MA repräsentirt ist, man gewöhnlich während aller 4 Phasen der Reizung eine Reaction erhält; bei 2—4 MA blos in 3 Phasen, auch wenn man das *Maximum* der noch erträglichen Stromstärke anwendet, d. h. bei KaS, AnO und AnS, während sie bei KaO fehlt; bei 4 oder 8 MA blos in 2 Phasen, bei KaS und AnO oder eventuell AnS; schliesslich, wenn E über 8 MA ist, blos bei KaS.

2. Die Erkrankung des Gehörorgans hat mehr in indirecter, als directer Weise Einfluss auf die Reactionsformel, d. h. indem sie, wie wir sahen, einen bestimmten Grad von Uebererregbarkeit hervorruft, modificirt sie die einzelnen Phasen derselben.

Ganz entgegengesetzt dem, was man a priori erwarten würde, findet man, dass bei den schwersten Erkrankungen des Gehörorgans und speciell bei denjenigen, welche sich in acuter Weise im inneren Ohre abspielen, und welche, indem sie den percipirenden Apparat betreffen, die Ursachen einer mehr oder weniger vollkommenen Taubheit sind, in der Regel eine ganz typische Reaction als einfache Ueberreizbarkeit vorhanden ist.

Eine ziemlich häufige Modification der Formel, welche mit pathologischen Verhältnissen in Zusammenhang gebracht werden muss, besteht in der Verminderung oder Fehlen der Reaction in den Momenten der Oeffnung des Stromkreises, wobei im Gegentheil die zwei Reactionen der Schliessung gut markirt sind. Der Oeffnungsreiz ist ein Reiz von kurzer Dauer und der Acusticus, ähnlich den anderen Nerven, verliert unter bestimmten Verhältnissen mehr oder weniger vollständig die Fähigkeit, auf diesen Reiz zu reagiren.

Eine solche Modification kann man leichter bei der Oeffnung von

An beobachten und sie manifestirt sich in leichten Graden mit Ausgleichung der beiden Reactionen von An, oder mit Prävalenz (in stärkerem oder geringerem Grade) von AnS über AnO, oder bei höheren Graden mit dem gänzlichen Verschwinden des letzteren. Eine derartig modificirte Formel trifft man nicht selten an bei schweren subacuten, eitrigen Mittelohrentzündungen und bei der sklerosirenden Otitis, wenn der Process wieder acut geworden ist, kurz in denjenigen Fällen, in welchen man das Vorhandensein eines Reizzustandes — chronische Hyperämie — des Acusticus, ohne schwere functionelle Störungen, annehmen kann. Wenn man das Verhalten von E bei einer acuten eitrigen Mittelohrentzündung bis zur Heilung derselben studirt, so findet man das interressante Factum, dass die Steigerung der Reizbarkeit und die erwähnte Anomalie in der Reaction nicht mit dem Höhenpunkte der Entzündung zusammenfallen, sondern nur allmählich sich entwickeln und dass ebenso der entzündliche Process schon geheilt sein kann, bei noch unverändertem Bestehen der Reaction.

Man erhält in solchen Fällen den Eindruck, als wenn die Modificationen der Reizbarkeit nur eine indirecte Folge der Erkrankung wären.

Als eine sehr seltene Eigenthümlichkeit wird die *Umkehrung der Formel* bezeichnet, welche darin besteht, dass die Reaction anstatt in den beiden typischen Phasen KaS und AnO, während der beiden AnS und KaO prävalirt oder ausschliesslich erscheint. In solchen Fällen kann Klingen vorhanden sein bei AnS und KaO, Sausen bei KaS und KaO, falls solche vorhanden sind (vollkommen umgekehrte Formel) — oder, wie gewöhnlich, Sausen bei AnS und KaO —; Klingen während der anderen beiden Phasen, falls solche vorkommen (unvollkommene, umgekehrte Reaction). Ich habe blos zweimal eine solche Reaction beobachtet, einmal in einem Falle von leichter Parotitis nach Scharlach und das zweite Mal bei einer subacuten Mittelohrentzündung, wobei das innere Ohr anscheinend gesund war.

(Schluss folgt.)

---

736) **Lemaire** (Lille): Note sur un cas d'épilepsie pneumonique chez un alcoolique. (Pneumonische Epilepsie bei einem Säufer.) (Revue de médecine. 10. 1888.)

Ein von Jugend auf dem Trunke ergebener Mann erkrankte in seinem 32., sowie in seinem 40. Lebensjahre an einer Pneumonie, welche jedesmal mit einem typischen epileptischen Anfall begann. Die Pneumonie hatte weiter ihren normalen Verlauf, ohne irgend welche Complication, ohne Cerebralsymptome. Weder vor, noch nach den Lungenentzündungen hatte Pat. jemals epileptische Anfälle gehabt. Verf. erinnert an die epilept. Anfälle, welche nicht selten bei Ausspülungen der Pleurahöhle nach Thorakocentese beobachtet und als Reflexepilepsie beschrieben worden sind. Auch die oben genannten Insulte fasst Verf. als Reflexepilepsie auf, die auf einem durch Alko-

holmissbrauch für nervöse Störungen präparirten Boden durch den von der erkrankten Lunge oder Pleura ausgehenden centripetalen Nervenreiz hervorgerufen wurde. Strauscheid.

---

737) **Dirmoser** (Wien): Beitrag zur Lehre von der Reflexepilepsie. Clavicular-Fractur als ätiologisches Moment.

(Internat. klin. Rundschau 1888. Nro. 33.)

Die Ueberschrift besagt fast Alles. Es handelt sich um einen hereditär nicht belasteten 19 jährigen Jungen, der als Kind von 9 Jahren — damals völlig gesund — sich durch einen Sturz das rechte Schlüsselbein brach. Eine Heilung trat nicht ein wegen Verschiebung der Bruchenden. Das acromiale Bruchstück, nach hinten verschoben, war 3 Ctm. kürzer als das nach aufwärts gerichtete claviculare; die Bruchenden waren leicht beweglich. Der Arm der erkrankten Seite war schwächer.

Dreiviertel Jahre nach dieser Verletzung trat der erste epileptische Anfall auf, der, wie alle folgenden, mit einer Aura an der Bruchstelle begann. Nach einigen Monaten folgte ein zweiter Anfall; dann kamen ihrer mehrere in schneller Folge; seit drei Jahren treten täglich 3 bis 5 auf.

Druck auf das Armende der gebrochenen Clavicula erzeugte zuerst Schmerz, dann löste er einen epilept. Anfall aus. Diagnose: Druck auf Nervenplexus. Operation am 17. August 1887: Die Medianflächen der Bruchenden wurden mit der Säge angefrischt, dann die Enden mit Silberdraht vereinigt. Fixer Verband. Chloralhydrat.

Während der Operation ein Anfall. Wundverlauf afebril.

Drei Tage lang nach der Operation häuften sich die Anfälle, natürlich durch den Reiz an der Operationsstelle. Dann ging es langsam besser. Im September 1887 war das Maximum der Anfälle zwei am Tage wobei schon drei anfallsfreie Tage. Im October traten nach Aussetzen von vier bis fünf Tagen nur höchstens 1 bis 2, und im November nach sieben bis neuntägigen Intervallen 1 Anfall auf, dann nach eilftägiger Unterbrechung wieder einer und am 11. Dezember trat der letzte ein. Von da ab blieb der Kranke ein halbes Jahr frei von Anfällen. Dann starb er an einer Perforationsperitonitis.

Die von Meynert vorgenommene Obduction ergab normale Gehirnverhältnisse. „Ammonshörner zart". Das Schädeldach war exquisit dolichocephal. Erlenmeyer.

---

738) **Koeppen** (Strassburg): Ueber Chorea und andere Bewegungserscheinungen bei Geisteskranken. (Arch. f. Psych. XIX. 3. p. 707.)

Mittheilung von 6 Fällen (4 Manie, 1 Delirium nnd 1 hallucinatorische Form), wo „psychische Erkrankungen neben anderen Symptomen auch choreatische Erscheinungen zeigten"; d. h. es handelt sich nicht um eine psychische Alteration bei Chorea-Kranken, wie sie ja nicht selten beobachtet wird, sondern nach Auffassung des Verf. kam bei den in Rede stehenden Psychosen ein neues krankhaftes

Moment hinzu, welches die für Chorea characteristische Störung in dem richtigen Zusammenspiel der motorischen Centren herbeiführte. — Bezüglich der ausführlichen Erörterung dieser „Momente“ bei Geisteskranken, die mehr theoretisches Interesse bietet, sei auf die Originalarbeit verwiesen. Langreuter (Eichberg).

739) **H. O. Motschutkowsky:** Ueber die hysterischen Formen der Hypnose. (Odessa 1888. Quart F. 202 S. mit 4 Photogr. und 6 Tabellen. Wratsch 1888 Nro. 29.)

Verfasser veröffentlicht unter diesem Titel eine Sammlung (10) von Vorträgen, die er 1886—1887 den Aerzten des Odessaer Städtischen Krankenhauses gehalten. 1—6 sind demonstrativer Natur, 7—10 theoretisch. Dank dem reichen und vielseitigen Krankenmateriale konnte Verfasser seinen Zuhörern alle Formen der Hypnose vorführen. Lethargie, Katalepsie, Somnambulismus, kataleptoide und hypnoide Zustände; es wurde eine ganze Reihe sehr sorgfältiger Versuche und Sugestionen ausgeführt. Im theoretischen Theile gibt Verf. Anleitung zur Hervorrufung und Unterbrechung der Hypnose; geht die klinischen Erscheinungen bei Hysterie durch und giebt einen kurzen Ueberblick der Theorie der Hypnose. — Da ihm die gegenwärtig allgemein gebräuchliche Nomenklatur der verschiedenen Formen unpassend und unpractisch erscheint, so schlägt er vor diese Formen nach den mehr charakteristischen klinischen Erscheinungen zu benennen, so die Katalepsie = myo-esthesische Hypnose, Lethargie = myo-neuro-erotische und den Somnambulismus = esthesio-hyper-erotische Hypnose.

Sehr gründlich ist die vasomotorische Theorie der hypnotischen Erscheinungen dargelegt, welche seiner Ansicht nach die meisten klinischen und experimentellen Thatsachen für sich hat. Einige Einzelheiten, unter anderem die Veränderungen des Gehirnkreislaufs bei den verschiedenen Stellungen der Kranken in der Hypnose hat Verf. durch eigene Versuche geprüft. In der letzten Vorlesung berührt Verf. die allgemeine Characteristik der Hysterie, ihr Ueberwiegen bei den Frauen, den Einfluss der Lebensbedingungen auf ihre Häufigkeit und giebt zum Schluss einige Hinweise bezüglich der Behandlung, wobei er das Hauptaugenmerk auf die Ernährung und den psychischen Einfluss richtet. Buch (Willmanstrand).

740) **R. Marino** (Triest): Ueber Paramyoclonus multiplex und idiopathische Muskelkrämpfe. (Arch. f. Psych. XIX. 3. p. 684.)

Der Hauptwerth der Arbeit liegt in einer sehr sorgfältigen *tabellarischen Zusammenstellung* der bekannten Fälle des in neuerer Zeit sehr beliebten sog. Paramyoclonus multiplex. Diese Uebersicht zeichnet sich vor den bisherigen besonders durch die *nothwendige* Berücksichtigung der italienischen Literatur aus, weil gerade die letztere eine stattliche Reihe von einschlägigen Veröffentlichungen birgt. Die statistische Zusammenstellung der Hauptpunkte in den 22 bekannten Fällen ergiebt:

Geschlecht: Männer 16, Frauen 6, vom frühesten Kindesalter bis zum 67. Jahre.

Ursachen: 3 × Schreck, 5 × Gemüthsbewegung, 2 × Trauma, 2 × Erkältung, 1 × Blutung, 9 × unbekannt.

Heredität: 1 × Phthisis, 6 × Neuropathie, 1 × Alkoholismus, 7 × keine, 7 × unbekannt.

Allgem. Gesundheitszustand: 4 × kräftig, 1 × Phthise, 5 × neuropathisch, 1 × rheumatisch, 1 × Emphysem, 2 × Anämie, 1 × Atheromatose, 7 × unbekannt.

Art der Zuckungen: 12 × clonische allein, 8 × clonische und tonische, 1 × nur tonische, 1 × nur fibrilläre.

Lokalisation der Zuckungen: 3 × nur an den oberen und unteren Extremitäten, 17 × an den oberen und unteren Extremitäten überhaupt, 2 × die unteren Extremitäten frei oder fast frei, 2 × die oberen Extremitäten frei oder fast frei, 8 × an der Bauchdeckenmuskulatur, 11 × am Gesicht, 6 × an der Zunge, 5 × am Zwerchfell, 2 × an verschiedenen inneren Organen.

Allgemeine Krämpfe anderer Art 2 ×. — *Lähmungen* 1 ×. *Nystagmus* 1 ×. Vasomotorische Störungen 2 ×.

Sehnenphänomene gesteigert 16 ×, geschwächt 2 ×, fehlend 1 × normal 1 ×, unbekannt 2 ×.

Vollständiges *Aufhören* der *Zuckungen* während des *Schlafs* 11 ×. *Kein* vollständiges *Aufhören* 4 ×.

Ausbruch der Zuckungen *während des Schlafs* 2 ×.

Verminderung bei *willkürlichen* Bewegungen 11 ×, *Verstärkung* 2 × unverändert 1 ×.

Behandlung und *Ausgang:* Nach *galvan. Strom* 10 × Besserung oder Heilung, 2 × kein Effect, 1 × Verschlimmerung.

Nach *Bromsalzen* 3 × Heilung oder Besserung. Nach Bromeisen 1 × Heilung, nach Eserin 1 × Besserung.

Recidive häufig.

Nervosität ist sehr häufig vorhanden, manchmal deutliche Symptome von *Hysterie.*

Es erhellt aus der obigen Zusammenstellung eine ausserordentliche Reichhaltigkeit und grosser Wechsel der Symptome, dass doch wohl die Berechtigung eines einheitlichen Krankheitsbildes etwas in's Schwanken gerathen dürfte (Ref.). Freilich ist wenig damit gewonnen, wenn man solche und ähnliche Symptomencomplexe einfach der Nervosität oder Hysterie zuweist.

Nachdem der Verf. zwei seiner eigenen Fälle mitgetheilt hat, wendet er sich einer Polemik über die Namensfrage zu. Um möglichst wenig zu sagen, hält er die Bezeichnung *Myospasia simplex* für die richtigste, synonym mit Tic, Paromyoclonus multiplex, Chorea electrica, laryngea, diaphragmatica, Accessorius-Krampf) als Krampfform *einzelner Muskeln*, welcher gegenüberzustellen sei die *Myospasia impulsiva* (synonym mit Chorea magna, Erinnerungs-, statische- Krämpfe etc.) an der immer *Muskelgruppen* betheiligt sind. Langreuter (Eichberg).

741) **Obersteiner** (Wien): Cocain und Morphinismus.
(Wiener med. Wochenschrift 1888. 19.)

Nachdem Verf. der zuerst vom Referenten gegebenen Schilderung (1886) der Cocainsucht beigestimmt und aus seiner Erfahrung das dort entworfene Bild ergänzt hat tritt er noch einmal für die innerliche Anwendung des Cocain in der Morphiumentziehung ein. Er formulirt seine Empfehlung in folgenden Sätzen:

1. Zum Cocain darf erst dann gegriffen werden, wenn absolut kein Morphium mehr gereicht wird und die Abstinenzerscheinungen am heftigsten zu werden beginnen, also 24 bis 48 Stunden nach der letzten Morphingabe.
2. Das Cocain ist innerlich, nicht subcutan, zu verabreichen; am besten eine wässerige Lösung mit Zusatz von etwas Salicylsäure (um die Schimmelbildung zu verhüten).
3. Die Einzeldosis wähle man 0,05—0,1, reiche dieselbe nach Bedarf mehrmals des Tages, überschreite aber eine Tagesdosis von 0,5 nicht.
4. Am zweiten oder dritten Tage gehe man mit dem Tagesquantum rasch herunter, und setze die Cocainbehandlung überhaupt nicht länger als fünf bis sechs Tage fort. Sollten sich die geringsten Anzeichen einer Intoxication zeigen, so muss das Mittel alsbald gänzlich bei Seite gelassen und unter keinen Umständen von Neuem versucht werden.

Erlenmeyer.

---

742) **Rosenbach**: Ueber Sulfonal und Amylenhydrat.
(Berl. klin. Wochenschrift 1888. Nro. 24.)

743) **Rosin**: Ueber die Wirkung des Sulfonals. (Berl. klin. Wochenschr. 1888. Nro. 25.)

744) **Oestreicher**: Zur Wirkung des Sulfonals. (Ibidem.)

745) **Schwalbe**: Zur klinischen Würdigung der Sulfonalwirkung.
(Deutsche medic. Wochenschr. 1888. Nro. 25.)

746) **J. Fränkel**: Einige Bemerkungen über die Wirksamkeit des Sulfonals. (Berl. klin. Wochenschrift 1888. Nro. 30.)

Im Ganzen pflichten die Verfasser den in Nro. 12 des Centralblattes referirten Arbeiten von Kast und Rabbas über Anwendung und Wirkung des Sulfonals bei. Die schlafbringende Dose beträgt nach allgemeiner Zustimmung bei Erwachsenen 1—3 Grm. bei Kindern 0,25—0,5 Grm.; die Darreichung geschieht als Pulver, in Schüttelmixtur, in Suppe oder Thee. Angewöhnung an das Mittel findet nicht statt; eine Steigerung der Dose ist somit unnöthig. Die Stellung des S. zu dem Amylenhydrat, Paraldehyd, Chloralhydrat, wie sie von Rabbas charakterisirt wurde wird auch von den übrigen Autoren bestätigt. Dagegen werden einige unangenehme Nebenwirkungen und Nacherscheinungen von Rosin, Schwalbe und Fränkel erwähnt. Schmey (Therapeutische Monatsh. 1888. H. 7) warnt vor der Darreichung des S. bei Angina

pectoris und Arteriosklerose; er sah in einem solchen Falle nach Darreichung von 2 Grm. heftige dyspnoeische Anfälle ohne Eintritt von Schlaf.

Einer der Hauptgründe, der die Anwendung des Mittels in weitesten Kreisen bedeutend einschränkt, ist sicher noch der hohe Preis desselben.*) J. Ruheman (Berlin).

---

447) **Zacher** (Stephansfeld): Ueber drei Fälle von progressiver Paralyse mit Herderkrankungen in der inneren Kapsel. (Arch. f. Psych. XIX. 3. p. 726.)

Aus den oben näher bezeichneten Fällen mit mehr oder weniger vorhandenen sekundären Degenerationen im Hirnschenkelfuss, in den Pyramiden und den Pyramidenbahnen zieht Verf. folgende Schlüsse: *Im ersten Falle* war bei sehr ausgedehnter Zerstörung des vorderen Schenkels nur das *obere* Drittel frei geblieben; daneben bestand im *Hirnschenkel keinerlei sekundäre Degeneration;* es müssen also die Faserbündel, welche aus den vorderen Hirnregionen kommen und die ganze innere Kapsel durchsetzen jenes obere Drittel der Kapsel einnehmen. — Weil in einem Falle das *erste Drittel* der inneren Kapsel mit zerstört war, und eine *Degeneration* im Pons *fehlte:* können die Pyramidenbündel nicht jenes erste Drittel durchlaufen (Flechsig). — Weil nach Lage eines Herdes *(im zweiten Falle)* ein grosser Theil der eventuell vom Schwanzkern direkt in die Kapsel hinabsteigenden Fasern (Flechsig) von der Erweichung hätte getroffen sein müssen, scheint in dieser Beziehung die Ansicht Wernike's die richtigere zu sein, der die Schwanzkern-Fasern auf einem Umweg über den Linsenkern zum Pedunculus gelangen lässt. — Der *dritte Fall* bestätigt die Flechsig'schen Angaben über den Ort und den *geringen Umfang* des *Pyramidenfeldes* im Hirnschenkel (etwa das zweite Viertel von Aussen gerechnet) weil die von einem Kapselherd abhängige, diesen Umfang einnehmende secundäre Degeneration weiter unten die *ganze* Pyramide umfasste. —

In *klinischer* Beziehung war auffallend, dass in sämmtlichen Fällen trotz ausgedehnter Zerstörungen in der inneren Kapsel nicht constante sondern nur *vorübergehende Lähmungen* bestanden. Verf. sucht dies durch die Annahme zu erklären: dass durch die diffusen Veränderungen in der Hirnrinde von Paralytikern vielleicht Verhältnisse gesetzt würden, welche ausgedehntere Ausgleichung motorischer Störungen durch Intervention der anderen Hemisphäre ermöglichten. Weil im *zweiten Falle* trotz zurückgegangener anderer Lähmungen die Schluckbeschwerden constant blieben bei zerstörtem vorderem Kapselknie, scheint die Ansicht Flechsig's bestätigt zu werden, welche die Bahnen des Hypoglossus und Facialis in den hier frei gebliebenen Theil der Kapsel verlegt. —

---

*) Anm. des Referenten. (Nicht mehr zutreffend; bei directem Bezug kostet 1 Kilo M. 95; also die gewöhnliche Schlafdosis von 2 Gram nur mehr 20 Pfennige. Erlenmeyer.)

Einige Schlusserörterungen behandeln die *Luesfrage* der allg. Paralyse. Von den 3 Patienten waren 2 syphilitisch. Wenn auch Verf. zugibt, dass die vorhandene Gefässerkrankung und die Herderkrankung auf syphilitischer Basis beruhen können, so glaubt er doch, dass kein Grund vorliege, dies auch von der (der Paralyse eigenen) diffusen Rindenveränderung anzunehmen, welche sehr wohl ein ganz anderer Process sein könne. Thatsächlich hätten die in Frage kommenden Individuen sich neben der Infection *auch andern schädlichen Momenten* (Ausschweifungen u. Trunk) ausgesetzt. — Die hiermit angedeutete *Irrthumsquelle* in der Statistik über den Zusammenhang zwischen Lues u. Paralyse wird nach Ansicht des Ref. von keinem Autor genügend berücksichtigt. Es ist klar, dass ein Individuum je häufiger es geschlechtlich excedirt (sc. ausserehelich) sich auch *desto häufiger der Infectionsgefahr* aussetzt. Es wird also unter einer gegebenen Zahl von Excedenten ein bei Weitem grösserer Procentsatz von Luetikern sein als unter derselben Zahl von Nicht-Excedenten. Diese ersteren vereinigten dann also *zwei verschiedene für Paralyse prädisponirende Momente;* und wenn sie später erkranken wird natürlich nicht zu entscheiden sein, *welchem* von beiden (oder ob beiden zugleich) sie zum Opfer gefallen sind. Die Gegner der Luestheorie können also mit Recht einwerfen: Man findet in der Anamnese von Paralytikern nur deshalb so häufig Syphilis, weil eben *die in Folge von geschlechtlichen Excessen an Paralyse Erkrankten* so häufig Gelegenheit hatten Syphilis zu acquiriren. — Dazu kommt noch — dass — wenigstens in grossen Städten — auch die Trinker nicht selten geschlechtliche Excedenten zu sein pflegen. Langreuter (Eichberg).

748) **F. Schramm**: Ueber die Zweifelsucht und Berührungsangst.

(Inaugural-Dissertation. 45 S. Berlin 1888.)

Verf. giebt im Anschluss an eine sehr ausführliche Krankengeschichte aus der Klinik von Prof. Mendel eine ausgezeichnete, ausführliche Schilderung des bekannten Krankheitsbildes, wie es dem heutigen Standpunkte der Wissenschaft entspricht.

Strauscheid.

749) **M. Schönfeldt** (Riga): Zur Casuistik der abnorm tiefen Körpertemperaturen bei Geisteskranken.

(St. Petersburger medic. Wochenschrift Nro. 31. 1888.)

Verf. theilt 2 Fälle von Dementia paralytica mit, in denen sub finem vitae die Temperatur auf 32,4, resp. 29,5 fiel. Beide Pat. waren früher Potatoren, zeigten während der Krankheit andauernde Unruhe, selbst noch bei grosser Abmagerung und starben an Pneumonie, die im zweiten Falle die Temperatur von 29,5 auf 37,2 brachte. Der Grund der Temperaturerniedrigung war ungenügende Bekleidung bei grösserem Wärmeverbrauch infolge anhaltender Unruhe; dazu kamen im zweiten Falle noch häufige Bäder und Waschungen in kalter Jahreszeit, die durch extreme Unreinlichkeit nöthig wurden und eine weitere Abkühlung zur Folge hatten. Strauscheid.

750) **Nötel**: Bericht über die Rheinische Provinzial-Irren-Anstalt Andernach in den Jahren 1880–1887.

(Fortsetzung von Seiten 485.)

Selbstmorde kamen 6 vor, also 2,5% der Todesfälle und 3,75 auf 1000 Verpflegte. Es vertheilen sich die Selbstmorde wie anderswo auch, unregelmässig. Die Jahre 1876—1879 und 1884–1885 verliefen ohne derartigen Fall, das Jahr 1880 hatte 2, die Jahre 1881 1882, 1883 und 1886 je einen Selbstmord aufzuweisen. Zum Vergleich diene die Durchschnittszahl, die Pelmann (Bericht über Grafenberg 1876—1885) nach Jensen für 7 Anstalten zu 2,13% oder 5,31 auf 1000 Verpflegte berechnet hat. Bemerkungswerth ist die Thatsache, dass unter den 3 Frauen und 3 Männern, die durch Selbstentleibung zu Grunde gingen, nur 1 Fall von Melancholie vorkam, hingegen im Gegensatz zu anderen Beobachtungen in der kurzen Zeit von $2^1/_2$ Monaten 2 Paralytiker sich befanden. Möglich, dass die Häufigkeit der Selbstmorde bei Paralyse grösser ist, als man gewöhnlich annimmt, da wahrscheinlich oft das melancholische Stadium der Paralyse mit Melancholie verwechselt wird. Der eine der Paralytiker hatte sich das Halstuch mit Hülfe eines durchgesteckten Stocheisens (?) zugedreht (nach Maschka eine immerhin ungewöhnliche Art), der andere Paralytiker war nur 6 Tage in der Anstalt und erhängte sich am Fenstergitter aus Verdriesslichkeit darüber, dass er als ein nach seiner Meinung Gesunder in der Anstalt bleiben solle. Der Melancholiker durchtrennte sich in einer Nacht mit einer kleinen stumpfen Nagelscheere nicht nur in der linken Ellenbogenbeuge die Gefässe, sondern löste sich auch das Scrotum mit beiden Testes ab, ohne bei der, wie die gerissenen Wunden zeigten, mühsamen und schmerzhaften Arbeit einen Laut von sich zu geben. Eine Frau im Depressionsstadium circulärer Störung erhängte sich mit einem Strange Strickwolle, eine Blödsinnige erstickte sich, indem sie sich Fetzen, die sie von ihrer Nachtjacke abgerissen hatte, in solcher Menge in den Mund stopfte, dass nicht nur der Mund- und Rachenraum, sondern, wie die Section ergab, auch der obere Theil des Oesophagus dadurch ausgefüllt wurde. Der letzte Fall betrifft eine Wahnsinnige, die sich verfolgt glaubend zum Fenster hinausstürzte und den Folgen des Sturzes erlag. Bei 5 Selbstmorden von den Angeführten war von einer Vorbereitung keine Rede. Von den vielen bei der Aufnahme als selbstmordsüchtig Bezeichneten (über 13% der Aufgenommenen) war nur ein einziger Selbstmörder. Von den 6 Selbstmorden fanden 3 auf dem Abort statt.

Selbstmordversuche sind eine ganze Reihe zu verzeichnen, darunter fand sich ein Melancholiker, der dem beschäftigten Barbier ein eben aus der Hand gelegtes Rasirmesser fortnahm und sich rasch eine 10 cm. lange Halswunde beibrachte. Bei den Männern waren im Ganzen die Versuche seltener als bei den Frauen, die mit aller Schlauheit und Consequenz Wolle, Garn, Lappen sammelten, um sich mit daraus fabricirten Stricken zu erhängen oder zu erwürgen.

Nicht ganz gewöhnlicher Art waren die Selbstbeschädigungsver-

suche bei einer Frau, welche auf Tische und Bänke kletterte, um sich herabzustürzen, und bei einem Mädchen, welches sich in einem Zimmer verbarricadirte, sich nackt auszog und den Fuss einer Bettstelle auf die Magengrube aufsetzte. Eine melancholische Frau biss sich ein Stück des Kleinfingerballens der linken Hand ab und kaute dann die Zungenspitze bis zum Frenulum ab, angeblich um nicht essen zu müssen.

Von den aus der Anstalt Entlassenen sind nachträglich 6 Selbstmorde bekannt geworden. Von Unglücksfällen werden erwähnt bei den Männern: Zwei Erstickungen bei Paralytikern durch Verschlucken beim Essen, der Bruch eines Schenkelhalses bei einem Paralytiker, der bei einem Entweichungsversuch aus beträchtlicher Höhe herabstürzte, und der Bruch der linken Fibula bei einem jungen Menschen, der im epileptischen Delirium aus dem Fenster des ersten Stockwerkes sprang. Bei den Frauen kamen 5 Knochenbrüche vor in Folge von Hinstürzen und Ausgleiten, zwei Verbrühungen, einmal durch abfliessendes heisses Wasser in der Küche, einmal durch zu frühes Besteigen der Badewanne. Einmal wurde eine Kranke von einer anderen gegen den Ofen geworfen, und starb an einer Stirnwunde, die später erysipelatös wurde.

(Schluss folgt.)

Neuendorff (Bernburg).

751) **Bibliotheca psychiatrica.** Sowohl die Buchhandlung von Emil Strauss in *Bonn* wie die A. Moser'sche Buchhandlung in *Tübingen* haben soeben umfassende Verzeichnisse ihres antiquarischen Bücherlagers aus dem Gebiete der Psychiatrie und Neurologie versandt. Der erstgenannte Catalog enthält ungefähr 2000, der andere 5000 Nummern. Beide verdienen ihrer Vollständigkeit wegen Beachtung. Sie sind gratis zu beziehen. Red.

IV. Verschiedene Mittheilungen.

Aus Berlin. Der Droguenhändler H. A. Fest ist von dem hiesigen Schöffengericht wegen ungesetzlicher Abgabe von Morphium mit 14 Tagen Haft bestraft worden. Da es sich um eine aussergewöhnliche Gesundheitsschädigung handelt, die der Verurtheilte durch seine heimliche Morphiumzufuhr hat herbeiführen helfen, so wird ihm hoffentlich durch eine gesunde Civilklage sein Geldbeutel noch um einige Tausend Mark erleichtert werden. Das ist der einzige Weg, um diesem unter den Augen der Polizei sich vollziehenden Unfuge zu steuern.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. 1. Dezember 1888. **Nro. 23.**

Inhalt.

I. Originalien. Ueber reflectorische Pupillenstarre. Von **P. J. Möbius.**

II. Original-Vereinsberichte. **Verein für innere Medicin in Berlin.** Von Dr. J. **Ruhemann** in Berlin. **Leyden**: Demonstration: Herzkrankheit bei Tabes. **Klemperer**: Ueber die motorische Thätigkeit des menschlichen Magens.

III. Referate und Kritiken. **Heddaeus**: Reflexempfindlichkeit, Reflextaubheit und reflectorische Pupillenstarre. **Minor**: Zur Aetiologie der Tabes. **Strümpel**: Ueber die traumatischen Neurosen. **Estor**: Hemiatrophia facialis. **Dardignac**: Trigeminusneuralgie. **Peyer**: Zwei Fälle von Neuralgie des Steissbeins (Coccygodynie) bei Männern. **Gradenigo**: Die electrische Reaction des Nervus acusticus (Schluss). **Matthes, Sachs**: Sulfonal. **Fournier**: Epilepsie und Syphilis. **Sighicelli** und **Tambroni**: Moralisches Irresein und Epilepsie. **Cope**: Chorea und Geistesstörung. **Venturi**: Die transitorischen Psychosen. **Campbell**: Heilung chronischer Psychosen. **Beach**: Seltene Fälle von Schwachsinn. **Kirn**: Ueber die Psychosen in der Einzelhaft. **Koch**: Kurzgefasster Leitfaden der Psychiatrie. **Forel**: Zur Therapie des Alcoholismus. **van Praagh**: Taubstumme in America.

IV. Aus den Vereinen. I. Gesellschaft der Aerzte in Zürich. II. XIX. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte am 27. und 28. October in Karlsruhe.

I. Originalien.

Ueber reflectorische Pupillenstarre.

Von P. J. MÖBIUS.

Mit Unrecht zweifelt Heddaeus (Klin. Monatsbl. f. Augenhlk. XXVI. p. 412. 1888) daran, dass es eine einseitige reflectorische Pupillenstarre giebt. Ich habe einen Tabes-Kranken an welchem dieselbe zu beobachten war, während des Sommers 1886 in der Universitätspoliklinik zu Leipzig durch mehrere Monate behandelt und habe auf die ungewöhnliche Erscheinung auch meine Zuhörer wiederholt aufmerksam gemacht.

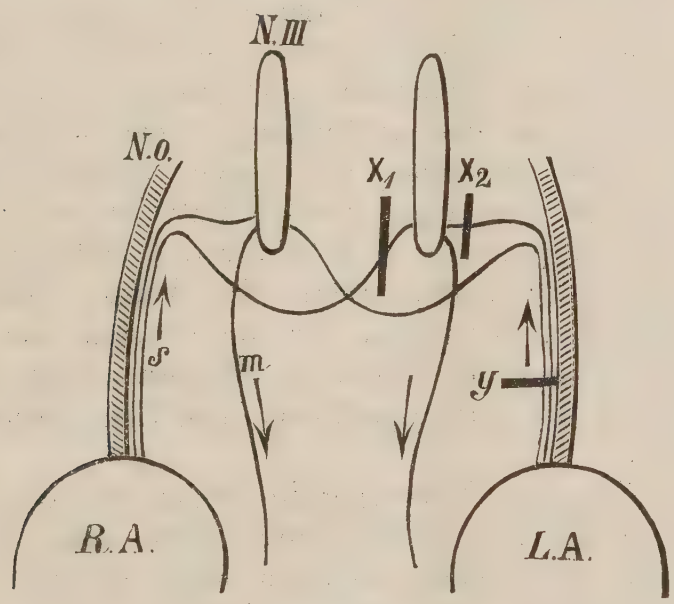
Der Kranke war ein 54jähr. Mann, welcher vor etwa 10 Jahren einen Schanker gehabt hatte und seit $2^1/_2$ J. an reissenden Schmerzen

in den Beinen, seit 1 J. an Blasenbeschwerden litt. Beschwerden von Seiten der Augen hatten nie bestanden. Die Untersuchung ergab Fehlen des Kniephänomen, leichte Anästhesie der Füsse und Unterschenkel, Schwanken bei Augenschluss, geringe Ataxie der Beine. Die Pupillen waren ungleich, d. h. die rechte war verengt. Die rechte Pupille reagirte sowohl direct als consensuell auf Licht, während die linke bei Reizung sowohl der linken als der rechten Retina durch Licht unbeweglich blieb. Bei Bewegung verengten sich beide Pupillen rasch und ausgiebig. Anderweite Störungen waren an den Augen nicht nachzuweisen. Während der Beobachtungszeit trat in dem Verhalten der Irides keine Aenderung ein.

Seither habe ich allerdings einseitige reflectorische Pupillenstarre nur einmal wieder beobachtet. Früher habe ich auf diese Dinge nicht sorgfältig genug geachtet, ich kann daher über die Seltenheit des Vorkommens der einseitigen reflectorischen Pupillenstarre kein Urtheil abgeben. Von vornherein hat dieses Vorkommen nichts überraschendes, da auch andere Tabeserscheinungen einseitig vorkommen, oder doch zuerst nur auf einer Seite auftreten, als da sind Atrophie des Opticus, Lähmung äusserer Augenmuskeln, Verschwinden des Kniephänomen.

Interessant ist die einseitige reflectorische Pupillenstarre deshalb, weil aus ihr der Unterschied zwischen reflectorischer Pupillenstarre und Reflextaubheit klar wird. Nimmt man an, wie es jetzt zumeist geschieht, dass es besondere centripetale Pupillenfasern giebt, d. h. im Opticus verlaufende Fasern, welche nicht zu den Theilen des Gehirns gelangen, in welchen der der Lichtempfindung entsprechende Vorgang zu Stande kommt, sondern zu dem Kerne des N. oculomotorius gelangen und auf den Iriskern die Erregung der Retina übertragen, nimmt man dies an, sage ich, so muss eine auf die centripetalen Pupillenfasern beschränkte Erkrankung Aufhebung des Lichtreflexes der Pupillen ohne Amblyopie und ohne Verlust der Pupillenverengerung bei Convergenz bewirken. Diese Erscheinung (die Reflextaubheit Heddaeus') ist der reflectorischen Pupillenstarre ganz ähnlich. Allerdings würde man dabei Erweiterung der Pupillen zu erwarten haben, während die reflectorisch starren Pupillen der Tabeskranken in der Regel eng sind. Aber es ist überhaupt wahrscheinlich, dass die die reflectorische Starre bewirkende Veränderung nicht auch die Ursache der Myosis ist, denn man trifft bei Tabeskranken Myosis ohne reflectorische Starre und diese ohne jene. Sind beide Veränderungen vorhanden, so ist kein Unterschied zwischen der supponirten doppelseitigen Reflextaubheit und der doppelseitigen reflectorischen Starre wahrzunehmen. Dass diese beiden Erscheinungen doch verschiedener Art sind, lehrt eben das Verhalten der Iris bei einseitiger Störung. Bei einseitiger Reflextaubheit reagiren bei Beleuchtung des Auges der Läsion beide Pupillen nicht, bei Beleuchtung des anderen Auges reagiren beide. Bei einseitiger reflectorischer Pupillenstarre reagirt die Pupille auf der Seite der Läsion gar nicht auf Licht, die des anderen Auges aber sowohl direct als indirect. Da sich dies so verhält, darf man auch die doppelseitige reflectorische Pupillenstarre nicht mit der Reflextaubheit identificiren und darf jene

nicht schlechtweg durch eine Erkrankung der centripetalen Pupillenfasern erklären. Zu dem letzteren Schlusse ist auch Heddaeus auf anderem Wege gelangt (vergl. Berlin. klin. Wochenschr. XXV. 17. 18. 1888). Er bemüht sich nun, die reflectorische Pupillenstarre durch eine Erkrankung im absteigenden Schenkel des Reflexbogens, d. h. im R. iridis N. oculomotorii zu erklären. Ich habe schon a. a. O. (Schmidt's Jahrb. CCXIX. p. 143)*) gesagt, dass diese Bemühungen mir nicht erfolgreich gewesen zu sein scheinen, denn in den Beispielen, welche H. beibringt, handelt es sich nicht um eigentliche reflectorische Starre, sondern um totale Starre (bei Oculomotoriuslähmung), trotz welcher bei angestrengter Convergenz ein Rest von Pupillenbeweglichkeit wahrzunehmen war. Für die reflectorische Pupillenstarre, welche ich bisher nur bei Tabes, bez. bei progressiver Paralyse gesehen habe, ist kennzeichnend, dass die Verengerung der Pupillen bei Convergenz, während die Lichtreaction gänzlich fehlt, rasch und ausgiebig erfolgt. Wie ich mir die Sache denke, habe ich durch ein Schema (s. u.), welches die Verhältnisse bei einseitiger Erkrankung darstellt, auseinanderzusetzen gesucht. Nimmt man an, dass die centripetalen Pupillenfasern eines Auges je mit beiden Oculomotoriuskernen verbunden sind, so kann man, wenn in der Nähe eines Oculomotoriuskernes eine Läsion sitzt, welche dessen Verbindung mit den centripetalen Pupillenfasern beider Augen unterbricht, sehr wohl begreifen, wie die Pupille



Schema.

Unterschied zwischen Reflextaubheit und reflectorischer Pupillenstarre.

R. A. = Rechtes Auge, L. A. = Linkes Auge. N. o. = N. opticus. N. III. = Nucleus Nervi oculomotorii. s = centripetale Pupillenfasern. m = Iris-Ast des N. Oculomotorius.

Läsion bei y bewirkt Reflextaubheit des linken Auges, Läsion bei x1 + x2 bewirkt reflectorische Pupillenstarre des linken Auges.

*) Vergl. Referat Nro. 754. pag. 693 in dieser Nummer.

auf Seite der Läsion reflectorisch starr wird, ohne dass Reflextaubheit des Auges eintritt, da doch der andere Oculomotoriuskern mit den centripetalen Pupillenfasern beider Augen verbunden bleibt. Ist meine Auffassung richtig, so ergiebt sich, dass die reflectorische Pupillenstarre nicht durch eine Erkrankung der peripherischen Nerven entstehen kann, dass man vielmehr aus ihr ohne weiteres auf eine intracerebrale Erkrankung schliessen kann, wie ich in meiner „allgemeinen Diagnostik der Nervenkrankheiten", p. 131 gesagt habe.

II. Original-Vereinsberichte.

Verein für innere Medicin in Berlin.

Sitzung vom 29. Oktober 1888.

Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

752) **Leyden**: Demonstration: *Herzkrankheit bei Tabes.*

Unter den visceralen Complikationen der Tabes dorsualis sind am seltensten die Herzaffektionen. Relativ häufig findet sich Beschleunigung der Herzaktion, seltener begegnet man dem Bilde der Angina pectoris, am seltensten beobachtet man wirkliche Herzfehler bei der grauen Degeneration der Hinterstränge. Unter den letzteren überwiegt die Insufficienz der Aortenklappen.

48 jähr. Näherin, die seit 12 Jahren über rheumatische Schmerzen, seit 2 Jahren über Schwäche der Beine klagte, zeigte reflektorische Pupillenstarre, Fehlen der Kniephänomene, anästhetische Stelle an der rechten Hand, lancinirende Schmerzen und geringe Ataxie der Arme. Ausserdem war Insufficienz der Aortenklappen nachweisbar.

Die Section ergab abgesehen von grauer Degeneration der Hinterstränge besonders in dem Dorsalmark Dilatation des r. Ventrikels, Dilatation und Hypertrophie des l. Ventrikels, Insufficienz der Aortenklappen und Atherom des Anfangstheils der Aorta. Redner hält die atheromatöse Erkrankung der Aorta für die Ursache der Insufficienz, nicht etwa trophische mit der Tabes in Zusammenhang zu bringende Störungen, die etwa in den Arthropathieen, dem Ulcus perforans u. s. w. Analogien darböten.

Remak, der sich dem Vorredner in Bezug auf die Stellung der Herzfehler zu der Tabes anschliesst, stellt einen dem oben skizzirten ähnlichen Fall vor. Es handelt sich um einen 48 jähr. Stellmacher, der reflektorische Pupillenstarre, mässige Ataxie der Arme und Beine, Fehlen der Kniephänomene, Verlangsamung der Schmerzempfindung, Gürtelgefühl, Anästhesie der Brust, Urinbeschwerden und dabei eine ausgesprochene Aorteninsufficienz aufweist. Lues und Gelenkrheumatismus können nicht in ätiologischer Beziehung für den Herzfehler verwerthet werden.

Gutmann fasst ebenfalls die Insufficienz der Aortenklappen als reine Komplikation auf.

Oppenheim meint, ob nicht in der Lues die gemeinsame ätiologische Basis für den Herzfehler und die Tabes zu suchen wäre.

753) **G. Klemperer:** *Ueber die motorische Thätigkeit des menschlichen Magens.*

Durch eine bedeutende Reihe an Thier und Menschen vorgenommener Untersuchungen, denen eine geistvolle Methode zu Grunde liegt, kommt K. zu dem Schlusse, dass für die Physiologie und Pathologie des Magens seine motorische Thätigkeit, also seine Nervenaktion, wichtiger sei als sein Chemismus: K. führt bestimmte Mengen Olivenöl ein, das in dem Magen so gut wie gar keiner Veränderung unterliegt, und berechnet durch Aspiration des Oels, welche in bestimmten Intervallen stattfindet, wie viel Oel bereits in den Darm gefördert und wie gross demnach also seine motorische Thätigkeit ist.

III. Referate und Kritiken.

754) **E. Heddaeus:** Reflexempfindlichkeit, Reflextaubheit und reflektorische Pupillenstarre. (Berl. klin. Wochenschr. XXV. 17. 18. 1888.)

H. erörtert zunächst den von ihm aufgestellten Begriff der Reflexempfindlichkeit (RE) des Auges und vertheidigt den Ausdruck als zweckmässig. Die RE hat mit der Beweglichkeit der Pupillen nichts zu thun, sie gehört zu den Funktionen des Auges und geht im Allgemeinen der Sehschärfe parallel. Dass indessen die RE in gewissem Grade nicht nur von der Sehschärfe überhaupt, sondern auch von der centralen Sehschärfe unabhängig ist, dass demnach besondere nur dem Pupillenreflex dienende Fasern im Opticus zu vermuthen sind, sucht H. durch eine Beobachtung darzuthun, in welcher bei einer Sehschärfe von $^1/_2$ des einen Auges die RE desselben minimal war. Die Papille des kranken Auges war vollständig weiss verfärbt. Man könne daran denken, dass die Atrophie der (dicken) Papillenfasern Ursache der starken Verfärbung ist.

H. geht ferner auf den Unterschied zwischen Reflextaubheit und reflektorischer Pupillenstarre ein. Von der letzteren ist die einseitige Reflextaubheit leicht, die doppelseitige schwerer zu unterscheiden. Bei doppelseitiger Reflextaubheit müssen, abgesehen von der freien Beweglichkeit der Pupillen bei Convergenz, die Pupillen gleich (Isocorie) und über mittelweit sein, so weit, wie sie bei einem gleichalterigen Gesunden im dunkeln Raume sein würden. Die Sehfähigkeit ist, wenigstens fast immer, aufgehoben und in der Regel besteht Atrophie der Papille. Einseitige reflektorische Pupillenstarre ist immer mit Pupillendifferenz (Anisocorie) verbunden. H. theilt mehrere Beobachtungen mit, aus denen hervorgeht, dass eine schwer bewegliche Pupille bei normalem Accomodations- und Convergenzvermögen einerseits, normaler RE andererseits auf den accommodativen Impuls mit einer ergiebigeren Contraktion anwortet als auf Lichtreiz. Besteht Mydriasis, so will H. annehmen, dass der Pupillarast des N. oculomotorius gelähmt ist, dass aber der Accomodationsnerv, bez. Muskel einen direkten Einfluss auf die Pupille auszuüben vermag, derart, dass zunächst die Peripherie und

dann auch der Pupillarsaum der Iris dem Centrum der Pupille genähert wird, event. auch durch Vermehrung des Blutgehaltes der Iris. Anders bei Myosis. H. stellt die Hypothese auf, die spinale Myosis werde durch einen Reizzustand der centripetalen Pupillenfasern verursacht, sei also ein reflectorischer Krampf des Sphincter iridis. Theils durch den permanenten Contractionszustand des Sphinkter, theils durch die Behinderung des Lichteinfalles durch die dauernd enge Pupille, theils durch den Widerstand, welchen der Lichtreiz auf seiner Bahn durch „die entzündliche Reizung" der centripetalen Pupillenfasern erfahre, werde die Lichtreaction abgeschwächt, schliesslich aufgehoben, während der unbehelligte Accommodationsnerv indirekt ebenso wie bei der Mydriasis paralytica auf die Verengerung der Pupille wirken könne. —

Wie man sieht, giebt sich H. alle mögliche Mühe eine Erklärung für die reflektorische Pupillenstarre zu finden. Wir glauben nicht, dass seine Bemühungen erfolgreich gewesen sind. Abgesehen davon ob der Einfluss der Accomodation auf die Pupille, welchen H. vermuthet, wirklich existirt oder nicht, kann seine Erklärung der reflektorischen Starre bei Mydriasis paralytica doch nur da Recht haben, wo die Pupille überhaupt schwerbeweglich ist, wenn sie auch schwerer auf den Lichtreiz antwortet, als mit der Convergenz sich verengt. Bei der wirklichen reflectorischen Pupillenstarre ist aber die Pupille bei Lichteinfall vollkommen unbeweglich, bewegt sich bei Convergenz vollkommen rasch und ausgiebig. Dieses Verhalten ist dasselbe bei Mydriasis wie bei Myosis. Es kann ebensowenig durch einen Sphinkterkrampf als durch eine Sphinkterparese erklärt werden, denn auch jener könnte nur einen gradweisen Unterschied des Widerstandes gegen Lichtverengerung und Convergenzverengerung begründen, eine prompte Convergenzreaction bei vollständiger Lichtstarre kann er in keiner Weise begreiflich machen. (Mit Rücksicht auf den Originalaufsatz der heutigen Nummer haben wir dies von Möbius verfasste, in Schmidt's Jahrbüchern CCXIX p. 143 veröffentlichte Referat hier wiedergegeben. Red.)

---

755) **L. S. Minor** (Docent in Moskau): Zur Aetiologie der Tabes. (Westnik psychiatrii etc. Mierszijewski VI. I.)

I. Syphilis und Tabes. II. Progressive Ataxie und andere tabische Symptome bei einem an chronischer Bleivergiftung leidenden Arbeiter.

I. Syphilis und Tabes.

Verf. hält es für angezeigt, seine 8 Fälle von Tabes zu veröffentlichen, weil erstens der Zusammenhang von Syphilis und Tabes von solchen Autoritäten wie Charcot, Lancereaux, Westphal, Leyden, Nothnagel nicht anerkannt wird, zweitens aber neue Gesichtspuncte zur Lösung dieser Frage eröffnet werden. Die Fälle waren in Kurzem folgende:

I. 50 jährige Frau, ist mit ungefähr 38 Jahren zuerst mit Verstopfung und zeitweiliger Harnverhaltung erkrankt, mit 41 Jahren crises gastriques, mit 42 Jahren Schwanken bei Lidschluss, mit 45 —

lancinirende Schmerzen und starke Hyperästhesie der Haut, etwa um dieselbe Zeit characteristische artropathische Affection, mit gleichzeitigem häufigen Erbrechen und Verstärkung der lancinirenden Schmerzen. 1886 werden ausserdem gefunden: Verlust des Patellarreflexes einerseits (das andere Knie war krank), normales Verhalten der Muskelkraft, starke Herabsetzung besonders der faradocutanen und thermischen Sensibilität, ausgeprägte Myose und reflectorische Pupillenstarre. Die *Anamnese* ergiebt keine Erblichkeit. Die Kranke heirathete als sie noch gesund war, mit 22 Jahren einen Säufer, welcher kurz vor seiner Verheirathung syphilitisch gewesen war, litt an Halsschmerzen und Rachengeschwüren, doch bot sie zur Zeit der Untersuchung keine luetischen Symptome dar.

II. 30 jähriges Dienstmädchen, unverheirathet, hat einmal geboren, wird am 20. October 1885 in die Basmann'sche Abtheilung des Moskauer Arbeiterhospitals aufgenommen. Sie litt schon vor $1^1/_2$ Jahren an Kältegefühl in den Beinen, an lancinirenden Schmerzen in den Füssen und im Kreuz und deutlichem Gürtelgefühl, wozu später Vertauben des Gesässes und des Kreuzes und Schwanken bei Lidschluss hinzukamen. Zeitweilig litt sie an Erbrechen gallischer und saurer Massen und im Hospital einige Male an Diplopie. Am 18. August 1887 wurde folgender *Stat. praes.* aufgenommen. Ausser den erwähnten Symptomen von Harthörigkeit auf beiden Ohren, deutliche Myose und reflectorische Pupillenstarre, leicht eintretende Ermüdung des rechten Arms, sehr *deutliche Ataxie* beim Gehen und bei Bewegungen im Liegen vorhanden, die Kranke fiel bei Lidschluss, wenn sie stand, um, die Schmerzempfindlichkeit besonders an der Sohle war stark herabgesetzt, verlangsamte Empfindungsleitung und Polyästhesie, ungenaue Lokalisation der Tastempfindung vorhanden, das Muskelgefühl recht gut erhalten, die Patellarreflexe fehlten beiderseits. Interessant ist eine bedeutende Besserung der lancinirenden Schmerzen im Verlaufe der Krankheit nach einem intercurrirenden Erysipel. Aus der *Anamnese* ergibt sich, dass die Eltern der Kranken gesund seien, keine Erblichkeit und kein Alkoholismus vorhanden sei. Vor 10 Jahren wurde sie bei einem Coïtus syphilitisch inficirt, mit Einreibungen behandelt, bekam nach einem Jahre ein Recidiv, welches nach 3 wöchentlicher Hospitalsbehandlung verging. Seit dieser Zeit erscheinen hin und wieder Geschwüre an den grossen Schamlippen und hatte sie lange Zeit hindurch Schorfe auf [illegible] Kopfe; vor 4 Jahren starker Kopfschmerz, der 3 Jahre dauerte, sie war darauf bis zur gegenwärtigen Erkrankung gesund.

III. 35 jährige Bäuerin, lag im Jausa'schen Hospital vom 21. März bis zum 6. Mai 1887 und klagt darüber, dass seit 1 Jahre eine Unbequemlichkeit in den Beinen bestand, welche seit 3 Monaten kaum bewegt werden können. *Stat. praesens.* Starke Ozaena (syphilitica?), heissere Stimme, linkes Auge sieht schlechter (ophthalmoskopisch nicht untersucht), sonst vollständige linksseitige Oculomotoriuslähmung, in den Beinen lancinirende Schmerzen, welche passiv frei bewegt werden können, Kälte und Vertaubungsgefühl in den Sohlen, Muskel-

sinn herabgesetzt, sonst die übrigen Sensibilitätsqualitäten wenig verändert. Stehen fällt sehr schwer, bei Lidschluss Niederstürzen, Ataxie bei erhaltener roher Muskelkraft, Patellarreflexe fehlen. *Anamnese.* Der Mann der Kranken wird vor 7 Jahren extra muros syphilitisch inficirt, bald darauf bei der Frau Geschwüre an den Genitalien und 2 Monate lang anhaltender Ausschlag am Körper. Von 1882 keine syphilitischen Symptome mehr, kein abusus spirituosorum, keine Erkältung, keine Erblichkeit.

IV. 40 jährige Köchin, seit 20 Jahren verheirathet, wird am 21. Mai 1887 in das Jausa'sche Hospital aufgenommen, ist im 3. Monate krank. *Stat. praes.* Sehr starke Schmerzen in beiden Armen, besonders Nachts, in den Beinen lancinirende Schmerzen im Verlaufe beider Ischiadici. Anfangs nur im rechten Beine, zuweilen Reissen im rechten Arme, Schmerz und Druck in der Magengrube, zuweilen Uebelkeit und Erbrechen, hartnäckige Verstopfung, Menopause seit mehr als zwei Jahren. Innere Organe gesund, die Pupillen reagiren gut auf Licht und beim Accomodiren, Gehör und Geruch seit einem Monate schlechter, Ellenbogenreflex fehlt rechts, der bei offenen Augen scheinbar paretische Gang wird bei Lidschluss atactisch, besonders am linken Bein, dasselbe wird auch im Liegen beobachtet, die Muskelkraft in den Beinen erhalten, Sensibilität normal, Pattelarreflexe fehlen. *Anamnese.* Eltern waren ganz gesund, Pat. hat 12 Kinder ausgetragen, von denen 4 leben, 1884 Lues, gegen welche sie behandelt worden ist. Abort bald nach der scheinbaren Heilung der Syphilis, seit der Zeit nicht mehr menstruirt. Alkoholismus, Erkältung und dergl. nicht vorhanden.

V. 35 jähriges Mädchen, aufgenommen am 28. October 1886 ins Jausa'sche Hospital, seit 2—3 Monaten krank an reissenden Schmerzen im Gesäss, Kreuz und beiden Beinen, welche vertauben und Formikation zeigen, pelziges Gefühl in den Sohlen. *Stat. praes.* Descensus uteri, alter rechtseitiger Strabismus convergens und Leukoma traumatischen Ursprungs, links ausgeprägte Myose und reflectorische Pupillenstarre, die von Dr. Adelheim angestellte ophthalmoskopische Untersuchung ergab normale Papillen. Arme normal, an den gesunden, gut entwickelten Beinen sehr deutliche Ataxie, Romberg'sches Symptom, das linke Bein ist schlechter, die Tastempfindlichkeit ist im Bereiche des Nn. cutan. lateralis, ileo-inquinalis, cutaneus poster und am Gesäss völlig geschwunden. Hyperästhesie am rechten Unterschenkel, tactile Anästhesie im Bereiche des N. cutaneus posterior, welche auch am linken Gesäss, aber schwächer als rechts vorhanden ist, die anästhetischen Stellen sind auch analgisch, Drucksinn an beiden Seiten sehr herabgesetzt, im Gebiete des Ischiadicus =0, starke Hyperästhesie gegen Kälte in beiden Beinen, Patellarreflexe fehlen. *Anamnese.* Keine Erblichkeit, keine Erkältung, kein Alkoholismus, vor 12 Jahren Lues, die behandelt worden ist.

VI. 50 jährige Jüdin litt vor 4—5 Jahren an sehr quälenden „rheumatischen" Schmerzen in den Beinen, bald nach Auftreten der Schmerzen wird von den Aerzten Fehlen der Patellarreflexe constatirt.

Stat. praes. Schreckliche, lancinirende Schmerzen in beiden Beinen, welche die Kranken nicht sitzen, liegen, essen und schlafen lassen, beiderseitige Myose und reflectorische Puppillenstarre, Ataxie im Liegen bei Bewegung der Augen, Romberg'sches Symptom, Muskelkraft vorzüglich, elektrische Erregbarkeit normal, die Sensibilität in den Beinen und dem unteren Abschnitte des Rumpfs erhöht mit dazwischen liegenden anästhetischen Inseln, am meisten haben hierbei die Schmerzempfindlichkeit und der Drucksinn gelitten, wärmere Gegenstände werden von den anästhetischen Stellen nicht empfunden, Hyperästhesie gegen Kälte, Muskelsinn = 0, unfreiwillige Harn- und Stuhlentleerung, wahrscheinlich wegen Anästhesie der betreffenden Schleimhäute, Patellarreflexe fehlen. *Anamnese.* Die gut ernährte Patientin leugnet jede Erblichkeit, äussere Verhältnisse gut, keine Erkältung, keine Ueberanstrengung vorangegangen, hat nie geistige Getränke genossen, vollkommen gesund, einen gesunden Mann geheirathet und mit ihm gesunde Kinder gehabt. Der Mann hat sich 12 Jahre vor ihrer Erkrankung ausserordentlich syphilitisch inficirt, liess sich eifrig behandeln, doch leidet er häufig an Diplopie und vorübergehender Ptose eines Auges. Er inficirte seine Frau, bei welcher bald bekannte Spezialisten die Anwesenheit von Lues constatirten, sie bekommt Frictionen und wird in der Folge nach Teplitz geschickt. Sie wird scheinbar gesund, macht aber 2 Aborte durch und befand sich bis zu gegenwärtiger Krankheit wohl.

VII. 51 jährige Frau, mit 49 Jahren reissende Schmerzen in den Beinen, welche, allmählich sich steigernd bis jetzt fortdauern, im September 1882 so rasch sich verstärkende Ataxie, dass die Kranke bereits 1883 bettlägerig wird. *Stat. praes.* Sehr abgemagerte Kranke mit gut erhaltener Kraft in den Armen und Beinen, electrische Erregbarkeit normal, sehr starke Ataxie bei Bewegungen im Bette, Pat. kann mit offenen Augen etwas stehen, stürzt aber bei Lidschuss sofort hin, Myosis spinalis und reflectorische Pupillenstarre, an den Beinen anästhetische plaques, an anderen Stellen Hyperästhesie, an den Händen Vertauben der 3 letzten Finger und der Ulnarseite, auch hier ist eine unvollständige Anästhesie vorhanden. In der letzten Zeit lancinirende Schmerzen in der linken Gesichtshälfte, welche zeitweilig ganz vertaubt, wobei ein, bis 10 Minuten währender Trismus auftritt, während eines solchen von mir beobachteten Anfalls besteht eine zeitweilige complete Anästhesie im Bereiche beider Nn. trigemini und ein sehr starker 3—4 Minuten dauernder Trismus, welcher verging, als ich eine kleine Menge mit Balderintropfen versetztes Wasser hinter die Wange einflösste und gleichzeitig beide Masseteren gründlich rieb; das Wasser wurde gut verschluckt. Aeusserst starker Blasencatarrh mit Harnverhaltung, die Kranke katheterisirt sich selbt, so wie sie Harnbeschwerden empfindet, wodurch sie möglicherweise sich auch die Cystitis zugezogen hat; ein früher sie behandelnder Arzt hatte ihr dieses angerathen. Die Anfälle von Seiten der Blase erinnerten sehr an die crises vésicales, Minor hat bei der Kranken crises néphritiques beobachtet. Patellarreflexe fehlen beiderseits. *Anamnese.* Wohlhabende Kranke,

ohne erbliche Belastung, der greise Vater ist an irgend einer Lungenkrankheit gestorben, die Mutter an Wassersucht. Die immer gesund gewesene Frau verheirathete sich mit 27 Jahren und hatte eine Tochter, war bis zum 39. Jahre immer wohl auf und litt nun von Zeit zu Zeit an Rückenschmerzen, erkrankte aber an schwerer, wohl constatirter Syphilis, woran sie 2 Jahre lang ernstlich behandelt wurde; bis zu ihrem 49. Jahre blieb sie gesund.

VIII. 36 jährige Jüdin empfand zuerst quälende typische lancinirende Schmerzen in den Beinen, welche bis jetzt fortbestehen, zeitweiliges Harnträufeln beim Gehen auf der Strasse. *Stat. praes.* Ausser den genannten Schmerzen und der Enurese bestehen noch deutliche Myosis, reflectorische Pupillenstarre auf beiden Augen, leichtes Schwanken bei Lidschluss, und leichte Andeutung von Ataxie, sonst ist der Gang gut. Zuweilen treten mit den Schmerzen auch Krämpfe in den Beinen auf, die Arme sind gesund, auf den Oberschenkeln und der Rückenhaut hyperästhetische plaques und verschiedenartige Parästhesien, an beiden Unterschenkeln äusserste Anästhesie mit verlangsamter Empfindungsleitung, die Temperaturempfindung gleichfalls herabgesetzt, Muskelkraft der Beine vorzüglich, keine Atrophie, electrische Erregbarkeit normal, Patellarreflexe = 0. *Anamnese.* Die Kranke gehört zur wohlhabenden Gesellschaftsklasse, ohne erbliche Belastung und jegliche Excesse. Vor 15 Jahren heirathete sie, selbst gesund, einen gesunden Mann und gebar ein gesundes Kind, welches sie selbt stillte. Beim Stillen bemerkte sie einmal ein Geschwür an der rechten Brustwarze, zu gleicher Zeit erschienen beim bis dahin gesunden Kinde breite Condylome am After. Die manifeste Lues konnte auf keine Weise auf ihren Ursprung erklärt werden, nach einigen Monaten traten Geschwüre an den grossen Schamlippen auf. Die Kranke wurde auf Syphilis behandelt, obgleich keine weiteren luetischen Symptome bei ihr vorhanden waren. 3 Monate nach einer vermeintlichen Heilung von dieser Krankheit wurde Pat. schwanger und gebar im 7. Monate ein lebendes Kind, welches nach einer Woche starb, einige Monate später wurde sie wieder schwanger und abortirte im 3. Monat, nach 6 Monaten wiederholte sich dasselbe, die Frühgeburt erfolgte im 6. Monate, bald darauf abortirte sie zum 4. und letzten Male trotz aller getroffenen Vorsichtsmasregeln. 1881 reiste sie in den Kaukasus, wo sie mit mercuriellen Einreibungen und Schwefebädern behandelt wurde. Vom letzten Aborte an trat hartnäckige Verstopfung ein, wogegen sie 1883 Franzensbad und Marienbad brauchte, nach ihrer Rückkehr begannen die lancinirenden Schmerzen.

Aus der *Epikrise* sei nur hervorgehoben, dass die beschriebenen 8 Fälle unzweifelhaft Tabes dorsalis darstellten und dass die Syphilis durch Specialisten constatirt worden ist; nur im 8. Falle konnte ein Zweifel auftauchen. Die Tabes trat bei allen Kranken im Alter von 30—50 Jahren auf, das Intervall zwischen der Syphilis und der Rückenmarkserkrankung betrug 1 Mal 3, 1 Mal 7, 1 Mal 8, 1 Mal 9, 1 Mal 10, 2 Mal 12 und 1 Mal 16 Jahre, Diese kleine Statistik hat bei der bereits grossen Anzahl andere Arbeiten in dieser Beziehung

keine grosse Bedeutung, spricht aber auch für den Zusammenhang beider Krankheiten. In Bezug auf die Erblichkeit können die von den Bäuerinnen erhaltenen Daten, wegen mangelhafter geistiger Entwicklung jener nicht benutzt werden, dafür aber sprechen die von den gebildeten Frauen genommenen Thatsachen entschieden gegen eine Erblichkeit der Tabes. Von besonderer Wichtigkeit erscheint dem Verf. das Vorkommen der Krankheit bei 2 Jüdinnen, er hat, trotz aller angewandten Sorgfallt in keiner der vorhandenen statistischen Tabellen die Nationalität erwähnt gefunden. Syphilis kommt bekanntlich bei den Hebräern selten vor, besonders in Russland, wo sie von den übrigen Gesellschaftsklassen ziemlich abgesondert leben. Hinsichtlich der hebräischen Weiber ist zu bemerken, dass bei ihnen Syphilis äusserst selten vorkommt, dafür gibt es aber kaum eine Nation, bei welcher die nervöse Erblichkeit so stark ausgeprägt ist, wie bei den Juden. Verf. hat in Folge dessen seine Notizen durchgesehen und gefunden, dass unter 383 brauchbaren ambulatorischen Fällen 260 Juden und 123 Russen betrafen. Von diesen 260 Hebräern litten sicher an Lues 5 Männer und 3 Weiber = 3,07%, rechnet man 3 Fälle mit wahrscheinlicher Syphilis dazu, so erhält man 11 Fälle, = 4,23%, unter den 123 Russen waren sicher syphilitisch 20 = 16,2%, mit Hinzurechnung von 6 Fällen mit höchst wahrscheinlicher Lues (und Schanker), giebt es 26 = 21,1% Syphilis. Hieraus folgt, dass die Russen 5 Mal häufiger an Lues litten als die Hebräer. Auf 260 Juden kamen 2 Tabiker = 0,7%, auf 120 Russen 4 = 3,25%, mithin ist das %verhältniss fast ein gleiches (4,6%), wie bei der Syphilis, von 260 Juden waren 2, von den 120 Russen 6 Paralytiker, 0,7% und 4,8%, also letztere litten 6 Mal mehr an progressiver Irrenparalyse als erstere.

Hiraus kann man folgende Schlüsse ziehen:

1) an Nervenkrankheiten werden am häufigsten Tabes und progressive Paralyse gefunden (bei den Juden 0,7, resp. 0,7%, bei den Russen 3,25 u. 4,8%).

2) bei Russen kommt Syphilis 5 Mal häufiger als bei den Hebräern vor.

3) bei ihnen ist das Verhältniss hinsichtlich der Tabes und der Paralysis progressive in Bezug auf die Russen = 1:5.

Man könnte nun fragen, ob das Vorwiegen der Tabes und der progressiven Paralyse bei den Russen ausschliesslich von dem bei ihnen häufigeren Vorkommen der Syphilis oder von anderen Ursachen abhänge. Verf. hat sich um diese möglichen nationalen Factoren auszuschliessen, folgende Gegenfrage gestellt: wenn bei den Russen nur die Lues und keine andere Ursache das Vorwiegen der Tabes bedingt, so müssten in der Anamnese bei 100 Juden mit Nervenkrankheiten sich ebenso viel Tabiker finden, wie unter denselben Verhältnissen bei 100 Russen. Die Antwort auf diese Frage ist schlagend:

Auf 8 sicher syphilitische Juden kamen 2 Tabiker = 25%.

Auf 11 (mit 3 wahrscheinlich syphilitischen) Juden 2 Tabiker = 18,10%.

Auf 20 sicher syphilitische Russen kamen 4 Tabiker = 20,0%. Auf 26 (mit 6 wahrscheinlich syphilitischen) Russen — 4 Tabiker = 15,4%.

Die Thatsächlichkeit dieser Angaben wird durch die Zahlen von Reumont bestätigt, welcher unter 3400 Syphilitikern 290 Nervenkranke, davon 40 Tabiker = 14% gefunden hat. Dieses Verhältniss ist übrigens nicht vollständig auf M's. Untersuchungen anzuwenden, da bei ihm die Syphilis in der Anamnese, bei Reumont aber im status praesens vorkommt, doch kann man, wenn man den möglichen Fehler in Minor's Berechnungen auf 4—5% annimmt und dabei berücksichtigt, dass Syphilis in der Anamnese nicht nur der Tabes sondern auch anderer Nervenkrankheiten vorkommt, doch schliessen, dass 100 syphilitisch gewesene nervenkranke Hebräer ebensoviele Tabiker und Paralytiker zeigen, wie 100 Russen unter denselben Bedingungen, erstere leiden ebendeshalb weniger an Tabes, weil sie seltener an Syphilis erkranken, wie die Russen, woraus die richtige Thatsache sich ergiebt, das *in der Aetiologie der Tabes die Syphilis die Hauptrolle spielt.*

Behufs einer Controlle seiner Daten wandte sich Dr. Minor an Prof. Koschewnikow und Dr. Korssakow mit der Bitte, ihm analoge Angaben hinsichtlich der Nationalität aus ihrem Beobachtungsmaterial zu geben.

Prof. Koschewnikow hat in den letzten 3 Jahren im Ambulatorium 2403 Personen, 1364 Männer und 1039 Weiber untersucht, unter welchen 347 Juden (159 Männer und 188 Weiber) sich befanden. Tabes kam im ganzen 67 Mal vor, darunter sicher constatirte 60 (55 M., 5 W.), zweifelhafte 7 Fälle. Bei den 55 tabischen Männern kam Syphilis 31 Mal sicher, 2 Mal wahrscheinlich vor, bei 6 war nur Schanker gewesen, bei 6 war wahrscheinlich keine Syphilis, bei 7 sicher keine Lues vorhanden, bei 3 war nichts sicheres zu erfahren gewesen.

Rechnet man diese 3 unbekannten Fälle ab, und dass nur in der Hälfte der zweifelhaften Fälle und der mit Schanker erkrankten Syphilis vorhanden gewesen sind, so ergibt sich, dass in der Anamnese der erwähnten 52 Tabesfälle 73% Syphilis vorhanden gewesen; zählt man nur die 31 Fälle mit sicher festgestelter Syphilis, so erhält man gegen 60% Lues in der Anamnese. — Tabische Weiber waren 5 vorhanden, von denen 4 sicher syphilitisch waren = 80%.

Von den zweifellosen Tabes-Fällen betraf kein einziger einen Hebräer.

Von progressiver Paralyse stellten sich in der Ambulanz 56 vor; davon 48 sichere und 8 zweifelhafte Fälle, nur in 31 Fällen war eine Anamnese zu erlangen gewesen und zwar 14 Mal sicher vorangegangene Syphilis, 1 Mal wahrscheinlich, 3 Mal — Schanker, 7 Mal zweifelhaft, 6 Mal nicht vorhanden.

Folglich war in 45,16% sicher, in 60% wahrscheinlich Syphilis vorhanden: 3 Juden, 2 Männer und 1 Weib waren Paralytiker, darunter 1 Mann sicher syphilitisch; von der Jüdin war keine Anamnese zu schaffen.

Aus dieser interessanten Statistik ergibt sich:

1) *Tabes und progressive Paralyse treten unter den Nervenkrankheiten annähernd gleich häufig auf* — 60 und 48 (sicher diagnosticirte).

2) *Syphilis figurirt in der Anamnese der Tabes und der progressiven Paralyse gleich häufig, bei strengster Auswahl der Fälle in 60% derselben.*

3) *Auf 2056 Russen entfällt eine recht grosse Anzahl von Tabikern und Paralytikern, während auf 347 Hebräer nur 1 Tabiker und 3 Paralytiker kommen.*

Dies bestätigt auch den Minor'schen Befund.

Dr. Korssákow hat im Verlaufe von 3 Jahren Notizen über 2610 Kranke (2041 ambulatorische und 569 in ihrer Behausung behandelte), unter ihnen 89 Juden (32 M.. 57 W.); Tabiker sah er 66 (58 M. 8 W.), von denen 4 Juden (3 M., 1 W.) waren, 1 Fall (M.) war übrigens zweifelhaft. In 41 Fällen war Syphilis sicher vorhanden (bei 19 ist Quecksilberbehandlung notirt), bei 4 sehr wahrscheinlich, bei 3 ein wenig wahrscheinlich, bei 18 geleugnet (9 Fälle mit Urethritis und Cystitis). Das % der Syphilis in der Anamnese von sicher constatirten Fällen von Tabes war 62, fügen wir noch die Hälfte der wahrscheinlichen hinzu, so erhalten wir gegen 70%. Von den 4 Hebräern war in 3 Fällen (2 M., 1 W.) Syphilis sicher vorhanden, in 1 wird Syphilis geleugnet, doch war hier Urethritis anwesend. Unter den erwähnten 8 Weibern war bei 3 Syphilis sicher, bei 1 sehr wahrscheinlich, bei einem weniger wahrscheinlich vorhanden, bei 3 wird sie abgeleugnet. Folglich traf sich Syphilis auch hier in der Anamnese in 50% der Fälle.

An progressiver Paralyse litten 69 Kranken, (61 M., 8 W.), darunder 1 Jude. In 40 Fällen war Syphilis sicher (20 Mal Quecksilberbehandlung), in 9 sehr wahrscheinlich, in 12 etwas wahrscheinlich vorhanden, in 8 Fällen wurde sie abgeleugnet, also anamnestische Syphilis annähernd in 60%, mit der Hälfte der wahrscheinlichen Fälle in mehr als 72%. Unter den 8 weiblichen Paralytikern war Syphilis sicher bei 2, sehr wahrscheinlich bei 2, ziemlich wahrscheinlich bei 3 vorhanden, abgeleugnet von 1. Der paralytische Jude ist *entschieden syphilitisch gewesen.*

Hieraus ergeben sich folgende interessante Schlüsse:

1) Unter den Nervenkranken finden sich *Tabiker und Paralytiker gleich häufig* — 66 u. 69.

2) Syphilis figurirt in der Anamnese beider Affectionen gleich häufig und, wie bei Prof. Kochewnikow in 60—70% der Fälle.

Da die Zahl der Hebräer in der Statistik Korssakow's eine zu geringe für selbstständige Schlussfolgerungen ist, so hält es Minor für zweckentsprechender, alle drei Angaben zusammenzuziehen und kommt zu dem Schlusse, dass die Russen 4—8 Mal häufiger an Tabes und Paralysis progressiva erkranken, als die Hebräer, es ergiebt sich aber aus demselben Materiale, dass bei den Hebräern Syphilis in der Anamnese sowohl der Tabes, als auch der Paralysis progressiva viel häufiger

als bei den Russen vorkommt, nämlich 87, resp. 83%, was Minor der leichteren Eruirung anamnestischer Daten bei den geistigen mehr entwickelten Hebräern zuschreibt; die Russen haben oft keine Ahnung von der vorhergegangenen Lues und den nervösen Erkrankungen in der Ascendenz. Verf. schliesst mit folgenden Worten:

„Wenn die Entwicklung der Tabes und der progressiven Paralyse denselben Gesetzen unterworfen wäre, wie die der Hysterie, der Neurasthenie und einiger Psychosen, so würden wir namentlich bei den Hebräern das Maximum an Fällen von Tabes und Paralysis progressiva finden, was aber den Thatsachen widerspricht. Wir sind deshalb zur Annahme gezwungen, dass das leitende Moment in der Entwicklung der Tabes und der progressiven Paralyse nicht die erbliche nervöse Belastung, sondern nur die Syphilis darstellt". Die gleichzeitige Einwirkung anderer Momente, durch deren Einfluss der eine Syphilitiker hemiplegisch, der andere tabisch, der dritte paralytisch wird, das stellt eine andere Frage dar.

(Schluss folgt).

Hinze.

---

756) **A. Strümpel** (Erlangen): Ueber die traumatischen Neurosen.

(Berliner Klinik. Heft 3. Berlin 1888.)

Verf. entwirft in anschaulicher Weise ein Bild der in letzter Zeit so viel discutirten Erkrankungen nach Traumen, vorzüglich Eisenbahnunfällen und fasst zum Schlusse seine Anschauungen über diesen Gegenstand in folgenden Sätzen zusammen:

1. Nach heftigen allgemeinen Erschütterungen des Centralnervensystems entsteht häufig ein complicirter, aber sehr wohlcharakterisirter nervöser Symptomencomplex, den man am besten mit dem Namen der „*allgemeinen traumatischen Neurose*" bezeichnet. Derselbe hat in seinen Erscheinungen grosse Aehnlichkeit theils mit der Neurasthenie, theils mit der Hysterie, theils mit gewissen Psychosen (Melancholie und Hypochondrie). Bei seiner Entstehung wirken rein psychische Momente daher fast immer in hohem Maase mit; es ist jedoch sehr wahrscheinlich, dass man auch den dauernden Folgen der *materiellen* Erschütterung, welche freilich nicht grob anatomischer Natur sind, Rechnung tragen muss. In den einzelnen Fällen wird man bald dem einen, bald dem anderen dieser beiden Punkte vorzugsweise Beachtung schenken müssen, so dass also nicht alle Fälle einer vollkommen gleichartigen Beurtheilung unterliegen.

2. Bei örtlich einwirkenden Traumen, insbesondere, doch nicht ausschliesslich, an den Extremitäten, entstehen, wohl vorzugsweise unter dem Einflusse der mit dem Trauma verbundenen psychischen Erregung, häufig schwere nervöse Störungen in dem betroffenen Theile, welche ihrer Natur nach sich unmittelbar den sogenannten hysterischen Erkrankungen beiordnen. Als „hysterisch" (der Name ist ja freilich wenig passend, aber einmal gebräuchlich) soll jede nervöse Erkrankung bezeichnet werden, welche auf einer Störung der normalen Verbindung

zwischen den im engeren Sinne körperlichen und den psychischen Vorgängen beruht.

3. Die Trennung zwischen den allgemeinen und den örtlichen traumatischen Neurosen darf selbstverständlich nicht zu scharf durchgeführt werden. Uebergänge und Combinationen kommen keineswegs selten vor. In jedem Falle muss die Bedeutung aller einzelner Symptome überlegt werden.

4. Auch Combinationen zwischen echt anatomischen traumatischen Läsionen und traumatisch-neurotischen Symptomen kommen vor, ein Umstand, welcher von nicht geringer diagnostischer Bedeutung ist.

5. Endlich scheint zuweilen die allgemeine traumatische Neurose den Boden für die Entwicklung späterer organischer Erkrankungen (Paralyse, Tumoren) vorzubereiten. Strauscheid.

---

757) **Estor** (Montpellier): Hémiatrophie faciale occupant principalement la fosse temporale gauche; hypertrophie de la paupière supérieure du même côté. (Revue de médecine 10. 1888.)

Emil G., dessen Vater an einer Encephalomalacie starb, zeigte im 5. Lebensjahre eine langsam zunehmende Schwellung des linken oberen Augenlides, während sich zugleich die linke Schläfengegend immer mehr abflachte. Bei einer Untersuchung im Alter von 23 Jahren fand man Phthisis oculi dextri infolge eines kürzlich erlittenen Traumas. Das linke obere Auglid war stark hypertrophisch und bedeckte nicht nur den bulbus, sondern auch das untere Lid; es ist ungefähr 1 Ctm dick, die Haut desselben fast normal; die Conjunctiva palpebralis ist roth im Gegensatz zur normalen Conjunctiva bulbi. Epiphora sowie mässige Eiteransammlung in der Uebergangsfalte ist vorhanden. Sonst ist das linke Auge gesund. Der musculus temporalis ist links vollständig atrophisch, während der infolge dessen gut abtastbare Knochen keine Abnormität erkennen lässt. Da Pat. nur, wenn er das obere Augenlid in die Höhe hob, sehen konnte, so verlangte er eine operative Verkleinerung desselben, welche durch mehrere operative Eingriffe in befriedigender Weise herbeigeführt wurde. Die mikroscopische Untersuchung der excidirten Partien zeigte eine Hyperplasie der einzelnen Gewebe, vor allem aber des Bindegewebes.

Verf. glaubt die Erkrankung auf eine Affection der peripheren Enden des trigeminus zurückführen zu müssen, der ja die trophischen Fasern für beide Partien enthält, wobei es allerdings unerklärt bleibt, weshalb in dem Gebiete desselben Nerven nebeneinander Atrophie und Hypertrophie besteht. Da der vom facialis innervirte orbicularis oculi intact war, so konnte nach der operativen Verkleinerung des oberen Lides die Lidspalte doch ganz geschlossen werden.

Strauscheid.

---

758) **J. Dardignac**: Note sur un cas de névralgie ophthalmique du trijumeau. (Revue de médecine. 10. 1888.)

Der Gefreite K. erkrankte im 24. Lebensjahre, nachdem er sich kurz vorher lange dem Zugwind ausgesetzt hatte, plötzlich an heftigen

Schmerzen der rechten Kopfhälfte, wozu sich bald Röthung und Schwellung der Augenlider und in geringerem Maase auch der Stirn- und Scheitelgegend, Epiphora, Conjunctivalhyperämie, Herabsetzung der Sehschärfe, heftige Schmerzen im Auge selbst gesellten, während die Temperatur bis auf 40° erhöht war. Am Ende der ersten Woche entwickelt sich dann auf dem ganzen Gebiete, also Lider, Nasenrücken, Stirn und Scheitel ein Herpes Zoster, während zugleich die Fiebercurve abfiel und der Allgemeinzustand sich besserte. Mit dem Erscheinen des Herpes werden auch die Schmerzparoxysmen besonders Nachts seltener und schwächer. Während nun der Allgemeinzustand sowie die Hautaffection sich bessert, verschlimmert sich in der dritten und vierten Woche das Augenleiden ausserordentlich: zu dem Blepharospasmus, der Epiphora, der Chemosis, der Photophobie gesellen sich ernsthafte, aber wenig hartnäckige Störungen seitens der Iris, sehr schwere und ausserordentliche hartnäckige seitens der Cornea, die schon an einen Durchbruch oder gar totale Gangrän derselben denken lassen. Da, nach 27 Tagen, weichen alle Erscheinungen, sehr schnell als Pat. an einer epidemischen Parotitis erkrankt, die innerhalb 8 Tage einen günstigen Verlauf nimmt. An dem rechten Auge blieben nur sehr geringe Störungen (leichte Ptosis, geringe Cornealtrübung, Herabsetzung der Sehschärfe um $^1/_3$) zurück.

Verf. glaubt eine rheumatische Neuritis oder Perineuritis des ramus ophthalmicus nervi quinti annehmen zu müssen, eine Annahme, welche sowohl die schweren ocularen Erscheinungen, wie die Störungen der Haut zu erklären im Stande ist. Zugleich glaubt er in einem solchen Falle eine Dehnung eines Astes des nasociliaris nach dem Vorschlage von Badal anrathen zu dürfen. Strauscheid.

---

759) **Alex. Peyer**: Zwei Fälle von Neuralgie des Steissbeins (Coccygodynie) bei Männern. (Centralbl. für klin. Medic. Nro. 37. 1888.)

Der erste vom Verf. mitgetheilte Fall betraf einen 34 Jahre alten Schreinermeister, welcher bis zu seinem 14. Lebensjahre gesund gewesen war. Von dieser Zeit an intensiver Urindrang, der seine Ursache in onanistischem Unfuge hatte, der bis zum 18. Jahre dauerte. Der eigenthümliche Schmerz im Steissbein stellt sich im 29. Jahre ein, als Pat. durch übermässige sexuelle Genüsse (Cohabitation) sich schwächte.

Verf. stellte die Diagnose Coccygodynie, d. h. Reflexneuralgie des Steissbeins, hervorgerufen durch chronischen Irritationszustand des sexuellen Systems. Oertliche Behandlung, Anwendung des Psychrophors und Adstringentien, beseitigten das Uebel.

Der zweite Fall betraf einen 40 jährigen Mann. Hauptklage desselben ist ein kontinuirlicher Schmerz im Steissbein, der ihm den Appetit und Schlaf raubt und ihn unfähig macht, sich auf den Beinen zu halten. Dabei Druck in Herzgegend, zeitweise auf linken Arm übergreifend. Kopf ist eingenommen. Grosse allgemeine Mattigkeit, häufiger Drang zum Uriniren.

Der hereditär psychisch belastete Mann war während seiner Jugend der Masturbation ergeben, coitus hat er nie ausgeübt. Häufig Polutionen.

Die Reflexneuralgie des Steissbeins war in diesem Falle Symptom einer sexuellen Neurasthenie, welche letztere wieder bedingt war durch einen chronischen Irritations- und Erschlaffungszustand des sexuellen Systems.

Die Therapie bestand in der Applikation des Psychrophors. Pat. wurde vollständig geheilt. (Verf. hat die Anwendungsweise des Psychrophors in seiner Arbeit: die reizbare Blase oder idiopathische Blasenreizung. Stuttgart bei F. Enke, 1888 beschrieben.)

Goldstein.

---

760) **Gradenigo** (Padua): Die electrische Reaction des Nervus acusticus.
(Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften. 1888. Nro. 39. ff.)
(Schluss.)

3. Unter den äusseren Momenten, welche die Reactionsformel beeinflussen können, ist in erster Linie der electrische Reiz selbst zu setzen.

Die Galvanisation beeinflusst:

a) die Erscheinungsweise der Reaction des untersuchten Ohres;
b) die Erscheinungsweise der Reaction des zweiten nicht untersuchten Ohres;
c) die Erscheinungsweise der Reaction bei den successiven Untersuchungen.

a) die Galvanisation erzeugt im untersuchten Ohre:

α) eine Steigerung der Erregbarkeit, welche dadurch charakterisirt ist, dass ein Klang in einigen oder während aller Phasen der Erregung entsteht, und zwar durch die fortwährende Einwirkung derselben Stromstärke, welche früher keine Reaction hervorrief. Die Einwirkung nur eines einzigen Poles steigert die Erregbarkeit des Nerven bei der Oeffnung desselben und bei der Schliessung des entgegengesetzten Poles; es ist deshalb nothwendig, dass bei der Prüfung die Dauer der einzelnen Phasen der Erregung eine constante sei;

β) *eine Verminderung der Reizbarkeit* bei der fortdauernden Einwirkung des Stromes und speciell desselben Poles, welche durch Ermüdung des Nerven verursacht wird.

Verf. bemerkt, dass bei gewissen Personen die Ermüdung des Nerven während der Prüfung relativ schnell eintritt und wellenförmig fortschreitet, d. h. Zunahme und Abnahme der Reizbarkeit — beim Constantbleiben der Stromstärke — zeigt.

γ) Der electrische Reiz erzeugt manchmal eine Art von Inhibitionswirkung: bei starken Strömen verschwinden bestimmte Phasen der Reaction, welche bei schwachen Strömen vorhanden waren, und erscheinen wieder, wenn die Stromstärke wieder abnimmt.

δ) Eine auch nur mässig fortdauernde Einwirkung des Stromes vermindert in dem Acusticus die Fähigkeit, auf den Reiz von AnO zu reagiren, man beobachtet deshalb oft, dass im Anfange des Experiments

AnO bedeutend über AnS prävalirt, während am Schluss das Umgekehrte der Fall ist.

b) Wenn man ein Ohr auch nach der äusseren Anwendungsweise galvanisirt, so wird das andere nicht armirte Ohr ebenfalls von dem electrischen Reiz beeinflusst, wenngleich in einem viel geringeren Grade, als das armirte Ohr. In Fällen von ausgesprochener Uebererregbarkeit erhält man auf diese Weise die wohlbekannte paradoxe Reaction, in anderen Fällen, wenn man beide Ohren nacheinander in derselben Sitzung untersucht, kann man erkennen, dass das nachfolgend untersuchte Ohr einen grösseren Grad von electrischer Reizbarkeit zeigt als es zeigen würde, wenn es zuerst oder allein in einer Sitzung untersucht worden wäre. — EI, welche man für's zweite Ohr findet, muss man als eine specielle Form von EII ansehen. Um es besser unterscheiden zu können, schlägt Verf. vor, dieselbe mit EIα zu bezeichnen.

c) In den meisten Fällen zeigt es sich, dass, wenn man die electrischen Sitzungen täglich aufeinander folgen lässt, die Reizbarkeit des Acusticus innerhalb gewisser Grenzen progressiv steigt und umgekehrt fällt, wenn man eine Pause von einigen Tagen eintreten lässt.

Es ist hier nicht der Ort, von anderen äusserlichen Momenten, welche, indem sie hauptsächlich auf das Gehörorgan einwirken, die Erscheinungsweise der Reaction des Acusticus beinflussen (so z. B. Katheterismus, Politzer'sche Luftdouche, chirurgiche Eingriffe, innere Behandlung), ausfürlich zu sprechen.

4. Die individuellen Eigenthümlichkeiten in der electrischen Reaction des Acusticus beziehen sich hauptsächlich auf die Dauer und Tonhöhe des erzeugten Klanges. Hinsichtlich der Dauer giebt es Fälle, in welchen man eine Verlängerung der Dauer des Klanges erhält, kaum dass bei KaS die erste Reaction erschienen ist; andererseits giebt es solche, in welchen man in allen vier Phasen der Reizung Reaction erhalten und auch in gewissem Maasse die Intensität der Stromstärke gesteigert werden kann, ohne dass es gelänge, KaD hervorzurufen. Zwischen den beiden Extremen kann man alle möglichen Uebergänge beobachten. Von den individuellen Varietäten der Tonhöhe des Klanges der Reaction wurde schon früher gesprochen.

Es ist bemerkenswerth, dass die Erscheinungsweise der Reaction bei demselben Individuum an beiden Ohren dieselbe ist, abgesehen von der verschiedenen Erregbarkeit und von Eigenthümlichkeiten der Reaction, welche damit in Zusammenhang stehen.

V. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die sog. electrische Reaction des Acusticus in der That im Stamme und den peripherischen Verästelungen des Acusticus und nicht im Endapparat (acustische Zellen) ihren Sitz habe und zwar aus folgenden Gründen:

1. Man erhält bei den schwersten Veränderungen und Verwüstungen im inneren Ohre (Otitis interna) gewöhnlich vollständig typische Reaction;

2. man begegnet einer beträchtlichen Steigerung der Erregbarkeit bei bestimmten endocraniellen Erkrankungen, wo das Gehörorgan vollständig intact ist;

3. es kann dieselbe Steigerung der Erregbarkeit und dieselbe Erscheinungsweise der Formel vorhanden sein sowohl bei Erkrankungen des äusseren, wie des mittleren oder inneren Ohres, wenn sie nur von schweren hyperämischen Zuständen begleitet sind;

4. die electrische Reaction des Acusticus ist vollkommen analog derjenigen der motorischen Nerven: die electrische Untersuchung des Gehörorgans muss desshalb als ein werthvolles diagnostisches Mittel für die Pathologie des Acusticus angesehen werden, als ein Mittel, welches — es sei der Vergleich gestattet — für das Gehörorgan dasselbe repräsentirt, was die ophthalmoskopische Untersuchung für's Auge.

---

761) **M. Matthes**: Beitrag zur hypnotischen Wirkung des Sulfonals. (Centralbl. für klin. Medic. Nro. 40. 1888.)

In v. Ziemssen's Klinik (München) stellte Verf. an 27 Fällen Untersuchungen mit Sulfonal an und kam zu folgenden Schlüssen:

1) Sulfonal ist ein brauchbares, wenn auch in seiner Wirkung nicht absolut sicheres Hypnoticum.

2) Es bietet anderen Hypnoticis gegenüber den Vorzug der Geruch- und Geschmackslosigkeit und der negativen Wirkung auf lebenswichtige Organe.

3) Unerwünschte Nebenwirkungen treten in einer nur geringen Zahl der Fälle auf und sind meist unbedeutend.

4) Die Dosirung des Mittels muss eine sehr verschiedene sein und ist individuell auszuprobiren. Für die Mehrzahl der Fälle ist 1,0 genügend, um ausreichende hypnotische Wirkung ohne Nebenerscheinungen zu erzielen. Beim Auftreten der letzteren sind die Dosen herabzusetzen.

5) Es ist räthlich, das Mittel, da seine Wirkung eine langsame ist, mindestens eine Stunde vor dem Schlafengehen zu geben.

6) Wenn Schmerzen auf nicht neuralgischer Basis oder quälender Husten der Grund der Agrypnie sind, so ist die Anwendung von S. unzweckmässig. Bei manchen Neuralgien dagegen scheint es mit Erfolg verwendet werden zu können. Goldstein.

---

762) **B. Sachs** (New-York): Sulfonal. (The Medical Report 1888. 6. Okt.)

Nach den mancherlei Täuschungen, die Verfasser — und auch Andere, Ref. — mit Paraldehyd, Urethan, Amylenhydrat, Hypnon und ähnlichen Mitteln erlebt hat, stand er dem Sulfonal skeptisch gegenüber; im Ganzen spricht er sich aber doch günstig über seine Wirkung aus, wenn er es auch nicht als unfehlbar bezeichnet. Dosis: 2 gramm, $^1/_2$ Stunde vor dem Schlafengehen. Verf. hat das S. bei 15 Patienten angewendet, die an den verschiedensten Formen von functioneller Schlaflosigkeit litten. Aus seinen Schlussfolgerungen ist folgende (2) hervorzuheben: S. wird vom Magen gut ertragen, es macht nur Kopfschmerz bei Dosen von über 2 gramm, es beeinflusst in keiner Weise die Circulation und kann ebensowohl bei Fettherz als besonders bei Fieberzuständen mit Nutzen gegeben werden. Erlenmeyer.

---

763) **Fournier** (Paris): Epilepsi og Syfilis. (Epilepsie und Syphilis.) (Hospitals-Tidente 1888 Nr. 44.)

Bei Syphilitikern zeigt sich nach F. ein secundärerer Nervosismus nur in der Form hysteriformer Anfälle, ab und zu, aber im ganzen sehr selten, zeigt sich ein epileptiformer Anfall. Diese secundäre Epilepsie als Manifestation secundärer Syphilis tritt nur ausnahmsweise auf, ist aber unzweifelhaft beobachtet worden. F. theilt drei Fälle eigener Beobachtung mit; in einem dieser Fälle traten bei einer Frau, die vom Kindesalter bis zum 21. Jahre an seltenen epileptischen Anfällen gelitten hatte, dann 6 Jahre lang anfallsfrei geblieben war, zahlreiche, schwere Anfälle auf, als sie syphilitisch inficirt wurde, nach einer erfolgreichen specifischen Behandlung verschwand auch die Epilepsie. Diese auf Syphilis beruhende Epilepsie ist bisher nur in der Form einfacher, convulsiver Epilepsie beobachtet worden, Fälle von petitmal (Vertigo, Absencen, impulsive Handlungen) fehlen, aber die ganze Frage ist noch wenig discutirt.

Diese secundäre Epilepsie hat eine günstige Prognose, und unterscheidet sich hierin sehr von der Epilepsie, die als Symptom cerebraler Syphilis auftritt; sie weicht schnell und vollständig einer antiluetischen Behandlung.

Ihrem inneren Wesen nach betrachtet F. diese Anfälle als Pseudo-Epilepsie; „eine wahre Epilepsie ist unheilbar“. Kurella.

764) **Sighicelli u. Tambroni** (Ferrara): Pazzia morale ed epilessia. (Moralisches Irresein und Epilepsie.) (Separat-Abdruck aus der Rivista sperimentale 1888. S. 32.)

Der genau und interessant beschriebene Fall ist der eines Individuum aus hochstehender, aber schwer belasteter Familie, das schon in früher Kindheit, mit der Entwicklung einer werdenden Persönlichkeit, durch Eigensinn, Heftigkeit, Ungehorsam, Verlogenheit, und einer Neigung zu Diebereien und raffinirten Thierquälereien auffiel, die jeder erziehlichen Einwirkung widerstand. Mit 10 Jahren kam der Knabe in eine Correctionsanstalt, wird hier oberflächlich disciplinirt, verfällt zu Haus wieder in die alten Gewohnheiten, und masturbirt schon vor Beginn der Pubertät, trägt alles Geld, das er zusammenstehlen kann, ins Bordell, tritt nun den Ermahnungen der Eltern mit dem Dolch in der Hand entgegen. Mit 14 Jahren wieder im Correctionshaus, zettelt er Rebellionen an, verwundet einen Wärter, kommt dafür ins Zuchthaus, und hat hier den ersten epileptiformen Anfall, treibt sich bis zum 20. Jahre in Bordellen und Spielhöllen umher, stiehlt und betrügt, kommt mehreremale ins Irren-, dann wieder ins Correctionshaus, wird passiver Paederast. Mit 20 Jahren Soldat, bestiehlt er seine Kameraden, kommt erst in eine Strafcompagnie, dann in die Irrenanstalt Ferrara, wo er nach 6 Monaten im Status epilepticus nach constantem Ansteigen der Temperatur, stirbt. In der Anstalt war er verlogen, simulirte in raffinirter Weise, schmiedete fortwährend Complotte, Rebellionen, hatte häufige epileptische Anfälle, die von schreckhaften Hallucinationen, Blutsehen etc. eingeleitet wurden.

Die beiden Autoren knüpfen an diesen Fall längere Betrachtungen, die darauf ausgehen, dass unmoralische Handlungen geschehen wenn die Action des „Reflexbogens“ bei Befriedigung physiologischer Triebe nicht von höheren Centren gehemmt wird und stellen 5 Typen der Beeinträchtigung dieser Hemmungscentren auf. Bei der Epilepsie wäre die Fortleitung von Reizen längs des Reflexbogens so erleichtert, dass die Hemmungscentren nicht eingreifen können.

In dem vorliegenden Falle nehmen die Autoren sowohl eine schwache Organisation der Hemmungscentren, wie eine übermässige Erregbarkeit des Reflexbogens an; im ganzen ist diese Epikrise zu vag und allgemein gehalten, um auf den Zusammenhang zwischen der Perversität des Patienten von Kindheit auf und der erst nach der Pubertät auftretenden Epilepsie ein besonders helles Licht zu werfen.

Kurella.

---

765) **George P. Cope** (Dublin): A case of chorea associated with insanity. (Jornal of mental science. Oktober 1888.)

W. B., aus gesunder Familie, erkrankte im 19. Lebensjahre ziemlich plötzlich an Chorea der linken Seite, zeigte Verfolgungsideen und verweigerte infolge von Vergiftungsgedanken die Nahrungsaufnahme. Bei seiner Aufnahme in die Anstalt zeigte er einen sehr heruntergekommenen Kräftezustand, der sich erst wieder hob, als Pat. nach einmaliger Zwangsfütterung sich zum freiwilligen Essen bequemte; zugleich trat von dieser Zeit ab eine rasche körperliche wie geistige Besserung ein, so dass er nach 1 monatlichem Anstaltsaufenthalte völlig geheilt entlassen werden konnte. Als einzige Ursache für die geistige Störung wie für die Hemichorea konnte Verf. allgemeine Schwäche und Anaemie, die Folge einer Jahre lang betriebenen Onanie, ausfindig machen. Verf. glaubt die rasche Heilung der Hemichorea nicht zum geringsten Theile auf den unerwarteten Reiz, wie ihn die Zwangsfütterung mit sich brachte, zurückführen zu dürfen.

Strauscheid.

---

766) **S. Venturi**: Le pazzie transitorie. (Die transitorischen Psychosen.) (Neapel, 1888 E. Detken. XII. u. 94. S.)

Venturi hat 56 Fälle transitorischer Geistesstörung zusammengestellt, darunter 8 eigene, und giebt zunächst eine Classification derselben, bei der jedoch eine grössere Zahl dieser Fälle, 24 streng hierher gehörig, bei Seite geschoben wird. Die einzelnen Krankengeschichten sind kurz und knapp gehalten.

Als gemeinsame Züge seiner Fälle weist Venturi folgendes auf: Der Anfall ist anscheinend unabhängig von jeder vorausgehenden Allgemein-Erkrankung und hereditären Belastung; er erscheint ganz plötzlich, unmittelbar nach dem Einwirken der supponirten Ursache, dauert einige bis höchstens 24 Stunden, zeigt stets eine Tendenz zu heftigen Angriffen auf Menschen und Dinge, endet mit Schlaf, hinterlässt völlige Amnesie, geht mit seinem Ende unmittelbar in völlige Gesundheit über, und kehrt nie zum zweiten Male im Leben wieder.

Nach den unterscheidenden Zügen wird die transitorische Psychose in 6 Formen eingetheilt, die passionelle, impulsive, sensorielle (hallucinatorische), somnambule, melancholische und maniakalische. Letzterer Form gehören 17 von den referirten Fällen an; von der somnambulen Form werden 4 beschrieben, in denen die Psychose aus dem Schlafe hervorgeht und von V. durch den Reiz der Traumvorstellungen erklärt wird; die impulsive Form ist charcterisirt durch die automatische Entstehung gewaltthätiger Handlungen, die nicht, wie in der transitorischen Manie, secundär aus einer deliriösen Suggestion entstehen, und sofort von einer einfachen Verwirrtheit abgelöst werden, ohne im Lauf des Anfalls wiederzukehren.

Die hallucinatorische Form hat zur Basis eine plötzliche Hallucination des Gesichts und diese führte ganz logisch zu einem entsprechenden Gewaltact. V. vergleicht diese vorübergehende, circumscripte Reizung eines umschriebenen Rindengebiets mit dem Mechanismus der Jackson'schen Epilepsie.

Für die transitorische Manie — die V. lieber als transitorische Wuth bezeichnen möchte — giebt das Buch tabellarische Zusammenstellungen, denen wir entnehmen, dass der Anfall in 4 Fällen nach Affecten, in 2 nach strahlender Wärme, in einem in überhitztem Zimmer in je einem Falle nach Diätfehlern, Kaffeegenuss im Uebermass, nach Nachtwachen und mässigem Weingenuss auftrat.

Die Dauer war in je einem Falle die von 3, 4, 5, 13, 14, 15, 24 Stunden, in 4 Fällen von 6 in je 2 Fällen von 8, 10 und 12 Stunden, d. h. in $^2/_3$ der Fälle nicht mehr als 12 Stunden.

Zerstörungstrieb war in 4, Selbstmordtrieb in 2, mordsüchtige Tendenzen in 4, und sonst aggressives Verhalten in 7 Fällen zu beobachten.

In allen Fällen folgte Schlaf und Amnesie, in 3 Fällen kam es zu Recidiven, einmal unmittelbar nach dem ersten Anfall, im zweiten Fall am folgenden Tage, und einmal nach langen Jahren.

In 12 Fällen liess sich active Congestion zum Kopf als „pathogenetische Bedingung" nachweisen. In seinem Resumé weist V. die zahlreichen Analogieen dieser Psychosen mit dem epileptischen Anfall auf, zugleich aber die essentielle Verschiedenheit beider Erscheinungsreihen. Das Buch ist durch ein Vorwort Lombroso's eingeleitet, in welchem er die trransitorische Psychosen für die Epilepsie reclamirt.

Kurella.

---

767) **J. A. Campbell** (Carlisle): On three cases of recovery after a lengthened duration of insanity, with remarks.

(American journal of insanity. Juli 1888.)

Frau S. erkrankte im 35. Lebensjahre an periodischer Manie; die Erregungszustände zeigten einen deutlichen Zusammenhang mit der Menstruation. Mit kurzer Unterbrechung blieb sie 17 Jahre in der Irrenanstalt. Die letzten Jahre waren immer besser gewesen und als Pat. ins Klimakterium eingetreten war, hörten die Erregungsanfälle ganz auf, so dass sie als geheilt entlassen werden konnte.

Herr S. wurde 1868 im Alter von 33 Jahre in die Anstalt aufgenommen, nachdem er schon 2 Jahre lang krank gewesen war; bei der Aufnahme war er sehr erregt, geschwätzig und gab der Wahnidee Ausdruck, dass er eine Brandstiftung begangen habe. Während der schlechte körperliche Kräftezustand sich in der Anstalt besserte, blieb der Geisteszustand derselbe, bis nach Ueberstehung einer Pneumonie im Dez. 1883 und der gleichen Erkrankung im Nov. 1884 alle Symptome einer Geistesstörung verschwanden. Pat. sprach nachher ganz frei über die Thorheit seiner Wahnidee. Er wurde nach 19 jährigem Anstaltsaufenthalte geheilt entlassen.

Frau C. wurde 1870 im Alter von 51 Jahren aufgenommen wegen zahlreicher Hallucinationen und Wahnideen von geschlechtlicher Verfolgung; zugleich war sie sehr aufgeregt. Nach 14 jährigem Anstaltsleben völlige Heilung, die auch jetzt $3^1/_2$ Jahr nach der Entlassung noch stand hält.

Verf. hält einen langen Aufenthalt in einer Irrenanstalt für nichts weniger wie zuträglich für den Geist der meisten Pat., und möchte vielmehr einen öfteren Aufenthaltswechsel empfehlen.

Strauscheid.

---

768) **Fletscher Beach** (Dartford): Some of the uncommon causes of imbecility. (American journal of insanity. Juli 1888.)

Verf. bespricht von ungewöhnlichen Ursachen der Imbecillität zunächst die Syphilis der Eltern, die er nur in etwa $^1/_2\%$ der Fälle angegeben fand; die Syphilis ruft bei den betreffenden Individuen eine chronische Entzündung der verschiedenen Hirnhäute oder Verdickung der Arterienwandungen hervor. B. führt zur Illustration das Beispiel eines 11 jährigen Idioten an, dessen Vater an Lues litt, während in der mütterlichen Verwandtschaft Nervenkrankheiten vorgekommen waren; bei der Section fand man eine diffuse chronische Meningitis.

Eine weitere nicht sehr häufige Ursache für Imbecillität ist Blutverwandtschaft der Eltern, die Verf. bei $1{,}6\%$ seiner sich hauptsächlich aus der Londoner Bevölkerung rekrutirenden Pat. nachweisen konnte; er glaubt, dass wenn beide Eltern gesund sind, Blutverwandtschaft nichts zu bedeuten habe, um so mehr aber, wenn sie selbst nervenkrank sind.

Chronische Neuralgie und Erregbarkeit der Eltern wurde bei 14 von 637 Imbecillen als Krankheitsursache erkannt, Taubstummheit nur bei zweien; auch hierfür werden Beispiele in aller Kürze angeführt. Verf. schliesst mit Hervorhebung der Thatsachen, dass zur Hervorrufung von Imbecillität meist mehrere Ursachen zusammenwirken, dass die hohe Bedeutung der Heredität für die Pathogenese der Erkrankungen nirgends klarer zu Tage liege als bei der Imbecillität und dass man, um letztere seltener zu machen, die physische, moralische und intellectuelle Lage der ärmeren Leute verbessern müsse, sowohl derer, die jetzt Eltern sind, als derer, die es nächstens werden.

Strauscheid.

---

769) **Kirn** (Freiburg): Ueber die Psychosen in der Einzelhaft.
(Berl. klin. Wochenschrift 1888. Nro. 33.)

Die Gefangenschaft an sich bietet ein wichtiges ätiologisches Moment für das Entstehen von Psychosen dar; denn während auf 1000 Köpfe der freien Bevölkerung durchschnittlich drei Geisteskranke kommen, rechnet man 30 Fälle psychischer Erkrankung auf 1000 Insassen der centralen Strafanstalten; aber die Gefangenschaft würde an sich nicht den Procentsatz so hoch stellen, falls nicht eben bei den Verbrechern eine angeborene oder erworbene, ungemein erhöhte psychopathische Prädisposition vorhanden wäre, welche sich schon in dem Aeussern jener durch Schädelbau, Physiognomie, Haltung, Auftreten u. s. w. dokumentirt. Die Einsperrung bietet nur die Gelegenheitsursache für das Ausbrechen der Geistesstörung, die sich meist nach kurzer Zeit einstellt. In der Einzelhaft entstehen häufiger psychische Erkrankungen, aber acute und heilbare, während in der gemeinschaftlichen Haft chronische Geisteskrankheiten an Zahl überwiegen.

Unter 134 geistig erkrankten Sträflingen des Freiburger Landesgefängnisses sah Verf. 38 Fälle acuter Melancholie, 16 mal acuten Wahnsinn, dreimal Manie, für welche alle der schnelle Verlauf und das mächtige Hervortreten der Sinnestäuschungen bezeichnend sind.

Bei der Melancholie zeigt sich zunächst tief schmerzliche Verstimmung mit allgemeinen körperlichen Beschwerden; dann aber treten überwiegend zuerst in der Stille der Nacht Gehörshallucinationen, in zweiter Linie solche des Gesichts, selten widrige Geschmacks- und Geruchsempfindungen sowie peinliche Sensationen, die in allegorischer Umgestaltung zum Bewusstsein kommen, auf. In Verbindung hiermit zeigen sich Angstanfälle, Präcordialangst. Nach Aufhebung der Isolirung bessert sich der Zustand; in 2 Monaten etwa tritt Genesung ein.

Der Wahnsinn beginnt nach prodromalen körperlichen Beschwerden unmittelbar nach Sinnestäuschungen, unter denen die Delirien das Gehör auch hier überwiegen; sie sind sehr lebhaft und führen zu Wahnideen, welche als Verfolgungs-, Grössen-, religiöser und sexueller Wahn zu bezeichnen sind. Dauer bis zu wenigen Monaten.

Die Manie charakterisirt sich durch hochgradige Aufregung mit tief gestörtem Bewusstsein und blinde Herrschaft von Hallucinationen besonders des Gehörs. Schnelle Entwicklung und Genesung.

Das Eigenartige der Psychosen bildet demnach ihre Genese; unter anderen Verhältnissen kommen eben gleichartige Krankheitsbilder auch vor. J. Ruhemann.

---

770) **Koch** (Zwiefalten): Kurzgefasster Leitfaden der Psychiatrie.
(Ravensberg, Verlag von Dorn 1888.)

Der Verfasser dieses Leitfadens, dessen Persönlichkeit ja keiner besonderen Einführung in das literarische Publicum der Psychiatrie bedarf, hat seine Aufgabe, eine kurze und übersichtliche Darstellung der Geistesstörungen zu geben, ausgezeichnet gelöst. Das Buch enthält kaum einen Satz, der nicht gesättigt wäre von dem Nieder-

schlage einer reichen Erfahrung und feinster Beobachtung. Die einzelnen Krankheitsbilder lassen weder etwas von dem conventionellen Schema erkennen, das sonst diesen Schilderungen zu Grunde liegt, noch den Pathos und Schwulst malerisch zu wirken, am wenigsten aber eine Anknüpfung an den modernen Ganglienzellencultus und die Psychophysik der Hirnmoleküle. Neben diesen negativen Vorzügen stehen praktische; wie alles sich als der eigenen Beobachtung entnommen erweist, so ist es auch sofort in der Paxis verwerthbar.

Ein ganz besonderer Vorzug des kleinen Buchs liegt in einem umfangreichen Capitel über die pathologischen Minderwerthigkeiten, das den zehnten Theil des Raumes einnimmt. Meines Wissens ist dies das einzige Lehrbuch, in dem deutlich ausgesprochen wird, dass für das sociale Leben die Minderwethigen eine unvergleichlich grössere Bedeutung haben, als das Contingent frischer Psychosen, welches ein jedes Jahr mit grosser Regelmässigkeit den Anstalten stellt. Was K. unter „Minderwerthigkeiten" versteht, wird am besten aus seiner nachfolgenden Eintheilung dieser Zustände sich ergeben. Psychische Minderwerthigkeiten

A. Angeborene.
   1) Angeborene psychopathische Disposition.
   2) Angeborene psychopathische Belastung.
   3) Angeborene psychopathische Degeneration.

B. Erworbene, mit denselben drei Unterarten, wie die angeborene.

Die übrige Eintheilung weicht nicht wesentlich von den Grundzügen der üblichen Eintheilungen ab, zeichnet sich aber durch sehr gemässigte Verwendung volltönender griechischer Epitheta aus.

In dem forensischen Theil will K. degenerirten Verbrechern Strafen, aber unter Anrechnung mildernder Umstände, zuertheilt wissen, spricht sich aber gleichzeitig dafür aus, dass man solche Naturen durch dauernde Verwahrung unschädlich machen möge.

Der Abschnitt über die psychische Behandlung Geisteskranker ist besonders bemerkenswerth; K. sieht eine solche weder in militärischer Anstaltsdisciplin, noch in der Suggestion, sondern in einem humanen Verhältniss zu dem Kranken.

Ich will mich dahin zusammenfassen, dass das Buch eine Bereicherung unsrer Literatur darstellt, und zur Einführung in die psychiatrische Praxis vorzüglich geeignet ist. Kurella.

---

771) **Forel** (Zürich): Zur Therapie des Alcoholismus.
(Münch. medicin. Wochenschr. Nro. 26. 1888.)

In einem am 9. Juni 1888 zu Freiburg in der Wanderversammlung der süddeutschen Neurologen und Irrenärzte gehaltenen Vortrage theilt Verf. seine seit September 1886 gewonnenen Erfahrungen hinsichtlich der Mässigkeitsvereine mit, unterstützt wurde er von J. Bosshardt, Präsidenten der Section Neumünster, in seinen diesbezüglichen Bestrebungen. Mit 1887 kam der Hypnotismus als Hilfsmittel hinzu. Aus der Anstalt (Burghölzli) wurden in diesem Zeitraume 34 Alko-

holiker entlassen. Unter ihnen befanden sich 10 Unbelehrbare, welche von der Abstinenz nichts wissen wollten. Für eine rationelle Behandlung verblieben 24, die folgendermassen tabellarisch zusammengestellt werden.

	In den Mässigkeitsverein durch Abstinenzverpflichtung sind eingetreten:					Haben nur bei Verf. auf Ehrenwort Abstinenzkarten unterschrieben (wegen Mangel an religiösem Glauben oder aus anderen Gründen):		
	Nicht ganz geheilt ausgetreten, geistes-krank geblieben.	Rückfällig geworden.	Erfolg unbekannt, weil fort.	Erfolg zweifelhaft.	Erfolg bis jetzt gut, blieben abstinent.	Erfolg bis jetzt gut.	Erfolg unbekannt, weil sie nichts mehr von sich hören liessen.	Summa.
hypnotisirt	a	b c d e	g	l m	n o ö p	—	—	12
nicht hypnotisirt	—	f	h i k	—	q r s t	u. v.	x y	12
Summa	1	5	4	2	8	2	2	24

Darunter nur 3 Frauen: e, ö u. v.

Der Hypnotismus scheint von untergeordneter Bedeutung zu sein. Immerhin ist er als Hilfsmittel nicht zu verschmähen. Einmal hilft er in manchen Fällen bornirter Einsichtslosigkeit oder verstockter Abneigung, den Alkoholiker zum Eintritt in einen Verein zu bestimmen, dann aber kann er bei stark suggestiblen Menschen den allerfestesten Rückhalt gewähren.

Das wirksamste Mittel bleibt aber der Abstinenzverein und sein fortgesetzter Einfluss durch Freundschaft, Beispiel und Anregung.

Mit staatlichen Trinkerasylen macht man in den Vereinigten Staaten schlechte Erfahrungen, während manche private Asyle blühen. Vom Anstaltsleiter wird hier wohl alles abhängen. Schliesslich erwähnt Verf. noch, dass er in zwei Fällen von Morphinismus nicht ganz ohne Erfolg den Hypnotismus angewendet habe.

Goldstein.

772) **William van Praagh** (London): Deaf-mutes in the United States. (Taubstumme in den Vereinigten Staaten.)

(The Lancet 11. August 1888.)

Ueber die Unterbringung taubstummer Kinder sind bis jetzt die Ansichten getheilt. Ein Theil der Aerzte will dieselben grossen Asylen überweisen, ein anderer hat eine entgegengesetzte Anschauung. Zu letzteren gehört P., der zwar auch besondere Schulen für diese Kinder für nothwendig hält, sonst aber mehr von deren Unterbringung in Privat-Familien hält, weil hier jene Kinder mehr Gelegenheit finden, mit anderen gesunden zusammen zu kommen und aus deren Umgange sich manche für das spätere Leben nützliche Kenntnisse anzueignen.

Pauli.

IV. Aus den Vereinen.

I. Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Sitzung vom 25. Februar 1888. (Corresp. für Schweiz. Aerzte 1888. 1. Sept.)

773) **Armin Huber** demonstrirt einen Fall von *Morbus Basedowii*. Ein bald 20 jähriges Mädchen, Glätterin, das in der Jugend mit Ausnahme von Bleichsuchterscheinungen stets gesund gewesen sein soll das dann im Sommer 1884 nach Erkältung mit eigenthümlichen Krampfzuständen und Zittern und ganz allmählicher Abmagerung und Schwäche im linken Arm, besonders der Hand, erkrankte.

Im Verlauf dieser Veränderungen stellte sich alsdann im Frühjahr 1887 stärkere Schwellung der früher kaum beachteten Struma ein. Im Herbst 1887 fielen der Umgebung „die grossen Augen" der Kranken auf. Die Patientin fing jetzt auch an, in den Beinen zu zittern. Fortwährende Verschlimmerung des Zustandes.

Gegenwärtig zeigt Patientin bedeutende doppelseitige Struma, mässigen Exophthalmus, Tachycardie (bis 160 Schläge pro Minute), allgemeine psychische Erregtheit, leichte Fieberbewegungen, Tremor und Schwäche in allen Extremitäten, linksseitige Hemianästhesie, hochgradige Atrophie und Lähmung im linken Daumen- und Kleinfingerballen, sowie geringere Atrophie und Parese im Flex. digit. comm., im Deltoid und Biceps links. Entartungsreaction in den atrophirten Muskeln. Vorhandene, nicht deutlich gesteigerte Sehnenreflexe im Bereich des linken Armes; keine Spasmen und keine Atrophie an den Beinen zu erkennen. Normale Sehnenreflexe, Gang nicht spastisch.

Der Tremor (speciell auch derjenige des linken Arms) zeigt in Schnelligkeit und Form der Zitterbewegungen, wie herumgegebene Curven darthun, die den Tremor der Hände mittelst Registrirapparates graphisch dargestellt haben, Uebereinstimmung mit dem von Charcot und Marie geschilderten Tremor bei Basedow'scher Krankheit.

Vortragender glaubt, dass auch die atrophischen Erscheinungen im linken Arm in den Symptomencomplex des Morbus Basedowii hinein gehören, zumal in der Literatur einige wenige ähnliche Fälle beschrieben sind, wo zu ausgesprochenem *Basedow* entweder Paraplegie, oder Mono-

und Hemiplegien mit oder ohne sensiblen Störungen, oder auch mit Atrophie der Muskeln complicirt, hinzutrat.

Vortragender hält die Affection am ähnlichsten oder identisch mit der spinalen progressiven Muskelatrophie; nur fibrilläre Muskelzuckungen sind vermisst. Auch der eigenthümliche Beginn der Affection mit Tremor im linken Arm, der bis heute verblieben ist, und der dem Basedow'schen Tremor entspricht, spricht sehr für den Connex der Muskelatrophie mit dem Morbus *Basedowii*. Vielleicht bestand bis zum Frühjahr 1887 eine „Forme fruste" des *Basedow* (Marie) mit Zittern und Tachycardie; erst im Jahre 1887 vervollständigte sich das Bild mit dem Auftreten der Struma und des Exophthalmus.

Solche klinische Beobachtungen von Morbus *Basedowii* mit Motilitätsstörungen sprechen sehr für einen *centralen* Ursprung des *Basedow*, ebenso Experimente, wonach an Kaninchen bei Verletzung bestimmter Gegenden an der Med. oblong. Struma, Exophthlamus und Tachycardie erzeugt werden konnte, während aber wieder andere Facta (Schwinden des *Basedow* nach Exstirpation der Struma z. B.) total dagegen sprechen.

Diskussion: Genhard hat die Patientin vor dem Eintritt in das Cantonsspital behandelt und dieselbe mit der Diagnose Poliomyelitis anterior chron. auf die medicinische Klinik geschickt. Die Krankheit machte schubweise Fortschritte. Bemerkenswerth scheint ihm, dass 8—10 Tage Fieber bestand von 38,2—39,2, ferner, dass Schüttelfröste eintraten, welche durchaus nicht mit Tremor oder hysterischen Anfällen zu verwechseln waren, wozu um so weniger Veranlassung vorhanden war, als während der Fröste die Temperatur jeweilen 39 betrug. Auch der Druckschmerz auf der vertebr. prom. schien ihm für Rückenmarksaffection, welche Dr. G. als das primäre Leiden betrachtet, zu sprechen, während Huber diesen als hysterischen Druckpunkt betrachtet, und geneigt ist, die Schüttelfröste mit den im Spitale beobachteten Anfällen von Opisthotonus zu identificiren.

Die Poliomyelitis glaubt Huber ausschliessen zu müssen, weil keine plötzliche Lähmung, sondern eine allmähliche Abmagerung eingetreten war.

von Monakow ist der Ansicht, dass hier der Morbus *Basedowii* und die myelitischen Erscheinungen (welch letztere er mit Rücksicht auf das Zittern und die etwas erhöhten Sehnenphänomene als mit der amyotrophischen Lateralsclerose verwandte aufzufassen geneigt ist) streng auseinander zu halten seien. Bei zwei Fällen von Morbus *Basedowii* habe er in gewissen Phasen der Krankheit das Zittern, ja sogar jede ausgesprochene Tachycardie vermisst. Was die Localisation dieser Krankheit im Gehirn anbetreffe, so könne er sich der Ansicht des Vortragenden nicht anschliessen, indem er wie auch Andere nach experimentell erzeugten Läsionen des corp. rest. stets sehr schwere Gleichgewichtsstörungen (Rotiren nach der operirten Seite), die rasch tödtlich endigten, gesehen habe, und er glaubt daher nicht, dass beim Menschen eine Erkrankung des Strickkörpers ohne verwandte Erscheinungen auftreten könne.

Huber sagt, dass spastische Zustände bei der Patientin nicht vorhanden seien.

Hermann Müller macht darauf aufmerksam, dass Patientin während der Demonstration auf der linken Kopfhälfte stärker geschwitzt habe, als rechts, dass sie nach ihrer Angabe überhaupt an profuser Schweisssecretion leide; ferner sei eine auffallende Alopecie nicht erwähnt worden. Diese Erscheinungen müssen für die Diagnose mitverwerthet werden. Der vorliegende Fall könne als eine complicirte Neurose aufgefasst werden. Der physiologische Nachweis von trophischen Fasern im Sympathicusgeflecht sei zwar noch nicht erbracht, klinische Thatsachen sprächen aber entschieden für ihre Existenz.

Müller erinnert an das Vorkommen von atrophischen Zuständen bei Halssympathicusaffectionen (Horner, Nicati). Dass das gewöhnliche Symptomenbild des Morbus *Basedowii* eine einfache Neurose sei, dafür spreche einmal auch die Möglichkeit absoluter Heilung sogar sehr schwerer Fälle. Unter den 18 Fällen, die Müller beobachtet hat (12 Spital, 6 Privatpraxis) sind ihm vier bleibende Heilungen bekannt. Unter diesen 18 Fällen waren 16 Männer und 2 Frauen.

Prof. Wyss erinnert an die Anamnese, welche ganz deutlich zuerst von einer Rückenmarkserkrankung spricht. Zu dem schon bestehenden Leiden kamen in der Folge die Symptome des *Basedow*, was an und für sich nichts Merkwürdiges ist.

In Bezug auf die Heilbarkeit erwähnt Wyss, dass die Heilbarkeit wohl allgemein bekannt sei; viele *Basedow's* machen keine schweren Erscheinungen und heilen in relativ kurzer Zeit.

Rud. Mayer: Dass die *Basedow*'sche Krankheit eine Neurose sei, dafür spricht u. a. auch die Thatsache, dass B. Fränkel und Hack dieselbe mit Cauterisation der Nasenmuscheln geheilt haben. Dass auch in dem vorgestellten Fall die Nase stenotisch ist, sollte noch in den Status aufgenommen werden.

von Monakow entgegnet, dass laut einer neuern Mittheilung die Reduction der Struma in Fränkel's Fall sehr gering gewesen, dass auch die Natur der Krankheit in Frage gezogen worden sei.

Honegger möchte es für wahrscheinlich halten, dass es sich hier nicht um zwei Krankheiten, sondern um *eine* centrale Krankheit handle, wobei das Ergriffensein der Sympathicuscentren die Symptome des *Basedow* erzeugt habe. Im vorgestellten Falle fehlt das Gräfe-'sche Symptom, dessen Vorhandensein vielleicht einen Schluss auf den peripheren Sitz der Krankheit gestattet.

Frick bestätigt, dass das Gräfe'sche Symptom bei der Patientin beobachtet worden sei, wenn auch nicht in hohem Grade.

Ritzmann fragt an, ob in dem Fall Erscheinungen von Pulsation der Retinalarterien beobachtet worden seien, was von Huber verneint wird.

II. XIX. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte am 27. und 28. October in Karlsruhe.

(Münch. med. Wochenschrift 1888. 45. Bericht von Dr. Cramer.)

Eröffnung der Versammlung am 27. October Morgens 9 Uhr durch den 1. Geschäftsführer Prof. Fürstner (Heidelberg).

Vorsitzender: Prof. Jolly (Strassburg). Schriftführer: Dr. Buchholz (Heidelberg), Dr. Kny (Strassburg).

Der Vorsitzende verliest ein Dankschreiben von Geh. Hofrath Schüle für die Glückwunsch-Adresse zum 25 jährigen Dienstjubiläum. Es folgen die Vorträge:

774) Prof. **Jolly** (Strassburg): *Ueber die Opiumbehandlung bei Manie.*

Das schon von Nasse bei gewissen Formen von Manie, bei sogenannter chronischer Manie, empfohlene Opium hat auch J. einer Prüfung unterzogen und ist zu verhältnissmäsig günstigen Resultaten gekommen. Er fand, dass namentlich diejenige Periode der Manie, in welcher der Zustand eine gewisse Gleichförmigkeit annimmt, im Stadium der sogenannten regulatorischen Störung, am besten für eine erfolgreiche Opiumbehandlung geeignet ist. Meist benutzte J die Tinct. opii simplex, von welcher in steigender Dosis 3 mal 10 — 3 mal 40 und 50 Tropfen täglich gegeben wurden. Nur bei besonders starken Dosen wurden unangenehme Nebenerscheinungen beobachtet: (Verdauungsstörungen, Erbrechen, starke Somnolenz, nur 1 mal Cyanose und Aussetzen des Pulses).

Bei 10 Fällen (also bei $^2/_3$) wurde ein direct günstiger Einfluss sowohl auf die motorischen Erscheinungen der Manie, als auch auf den Schlaf bemerkt, die Kranken wurden bedeutend ruhiger und fanden Nachts ihren sonst fehlenden Schlaf. Meist traten jedoch nach dem Aussetzen des Mittels die krankhaften Erscheinungen mit erneuter Heftigkeit auf, um nach einer weiteren Darreichung des Mittels wieder zurückzugehen. Bei längerer Anwendung trat allerdings Gewöhnung ein.

Von den 15 Fällen sind 5 genesen, d. h. es schloss sich direct an die Opiumbehandlung die Genesung an.

Auch Nasse constatirte in einem Drittel seiner Fälle Genesung. Der definitive Effect steht somit hinter dem weit günstigern directen Effect zurück, obschon er nicht gerade ungünstig zu nennen ist.

Betreffs der theoretischen Auffassung der Opiumwirkung scheint es J. am wahrscheinlichsten, dass das Opium direct auf die Substanz des Grosshirns einwirkt.

Discussion. Medicinalrath Wittich (Heppenheim) ist in den Dosen bis zu 200 Tropfen pro die gestiegen; er glaubt, dass namentlich das weibliche Geschlecht für eine günstige Opiumwirkung empfänglich ist und auch stärkere Dosen verträgt.

Prof. Jolly betont, dass die Manie zwar am häufigsten bei Frauen sei, dass er aber eine besondere Resistenz des Mannes gegen eine Opiumbehandlung nicht habe beobachten können.

Dr. Zacher (Stephansfeld) frägt, ob nicht Durchfälle beobachtet worden seien.

Prof. Jolly verneint dieses, abgesehen von Durchfällen bei chronischem Morphinismus.

Prof. Fürstner bestätigt die gute Wirkung des Opiums bei sogenannter chronischer Manie und glaubt, dass diese Behandlung die Kranken vor physischem Verfall schütze. Durchfälle sind selten und verschwinden wieder, auch wenn man in der Darreichung des Opiums fortfährt. Das Körpergewicht steigt während der Behandlung.

Medicinalrath Wittich hat auch bei plötzlichem Aussetzen des Opiums in 20—30 Fällen keine Abstinenzerscheinungen beobachtet.

775) **Zacher**: *Seltener Befund in einem Idiotengehirn.*

Der auf einer sehr tiefen Stufe der Intelligenz stehende Idiot Z's., bei welchem der rechte Arm (die Hand in Klauenstellung) und das rechte Bein (der Fuss in Varoequinus-Stellung) gelähmt waren, hatte alle 14 Tage epileptische Anfälle von 5 Minuten Dauer. Sein Tod wurde durch ein intercurrentes Lungenleiden herbeigeführt.

Die *Section* ergab innerhalb der linken 2. Stirnwindung einen von einer knöchernen Schale umgebenen Tumor, in dessen Nähe sich eine etwa ebenso grosse und mehrere kleine Cysten befanden. Die Cysten communicirten nicht untereinander und hatten auch keine Verbindung mit dem Ventrikel. Die graue Rinde spannte sich anscheinend intact über die Cysten hinweg. Von dem sehr interessanten mikroskopischen Befund, welchen Vortragender an der Hand von Carminpräparaten und Präparaten nach Pahl und Weigert erläuterte, ist besonders bemerkenswerth, dass an einzelnen *Schnitten die Fibrae propriae der einzelnen Hirnwindungen, die sogenannten Associationsbündel* Meinert's *allein wohl erhalten waren, während die aus dem Stabkranz einstrahlenden Fasern völlig verschwunden sind.*

Die Genese der Cysten führt Vortragender auf eine Erweichung der in der weissen Substanz vielfach vorkommenden glasigen sklerotischen, hauptsächlich aus Glia bestehenden Partieen zurück.

Discussion. Prof. Emminghaus (Freiburg) frägt, ob diese starke Tinction der Fibrae propriae nicht etwa auf einer stärkeren Imbibition mit Carmin, wie man es auch bei normalen Präparaten beobachten könne, beruhe.

Dr. Zacher glaubt ein Kunstproduct bestimmt ausschliessen zu können, da auch die Pahl'sche und Weigert'sche Methode denselben Befund ergeben.

Prof. Fürstner möchte die Cysten auf einen ähnlichen Process, wie der, welchen er mit Stütlinger als Gliose der Hirnrinde beschrieben, zurückführen. Auch hier geht der Process von einem Gewebe, welches viel Glia enthält, von der sogenannten Deckschicht aus; man könnte sich bei dieser Annahme auch leicht erklären, wie sich der osteoide Tumor entwickelt hat.

Dr. Zacher glaubt auf die Ergebnisse seiner mikroskopischen Untersuchung gestützt, auf seiner Anschauung bestehen zu müssen.

776) **Landerer** (Göppingen): *Erfahrungen über landwirthschaftliche Beschäftigung Geisteskranker und Irrencolonien insbesondere.*

Landerer schildert zunächst mit warmen Worten, wie jede

Art von Beschäftigung überhaupt auf den Kranken wohlthuend einwirkt und beschreibt sodann die 3 Categorien von Arbeiten, in welche die arbeitenden Geisteskranken in seiner Anstalt in Göppingen getrennt werden.

Zur ersten Categorie gehören diejenigen Kranken, welche die Hemmungen einer geschlossenen Anstalt nicht entbehren können. Diese Kranken rücken zu den verschiedenen Arbeiten in grösseren Gruppen unter der Aufsicht von Wärtern aus und kehren zu jeder Mahlzeit wieder zur Anstalt zurück. Die Arbeitsplätze liegen ganz in der Nähe der Abtheilungen. Diese Gruppe bildet das Gros aller arbeitenden Kranken.

Die zweite der Zahl nach viel geringere Categorie umfasst die Kranken, welche nur die Hauptanstalt verlassen, um ihrer Arbeit nachzugehen. Sie können nicht in der Kolonie untergebracht werden, weil ihnen nicht ein bestimmtes Arbeitspensum zugemuthet werden kann.

Auch die dritte Categorie, die Bewohner der Colonien sind verhältnissmässig in nur geringer Anzahl vorhanden. In der Colonie tritt die ärztliche Ueberwachung mehr zurück, während in den beiden ersten Gruppen die von den einzelnen Kranken zu leistende Arbeit vom Arzte bestimmt wird, hat der Colonist sich allen Arbeiten, wie sie die Jahreszeiten mit sich bringen, im Verein mit den gesunden Arbeitern zu unterziehen. Der Arzt sieht die Kranken des Morgens vor dem Ausrücken nicht, sondern besucht sie nur Mittags, um den etwa körperlichen Kranken seine Pflege angedeihen zu lassen. Bei plötzlich ausbrechender heftiger Erregung und ähnlichem wird der Kranke nach der nur 10 Minuten entfernten geschlossenen Anstalt gebracht. Das ganze Wesen der Colonie muss möglichst einem grossen Bauerngute gleichkommen.

Zum Schlusse weist Landerer der Arbeit in den verschiedenen Anstalten folgende Stellen zu. In der Klinik mit ihren vielen frischen Fällen und hauptsächlich dem Studium gewidmeten Zwecke soll die Arbeit in den Hintergrund treten; dagegen hat die Heil- und Pflegeanstalt ihr Hauptaugenmerk auf die richtige Ausnutzung der Arbeitskräfte zu verwenden. Die absolut arbeitsunfähigen Kranken sind in sogenannten Irrensiechenanstalten unterzubringen.

Discussion. Prof. Fürstner verwahrt sich dagegen, dass in der Klinik die Arbeit erst an zweiter Stelle kommen solle, gerade in der Klinik könne man die gewissermassen als Heilmittel zu betrachtende und bei der Reconvalescenz nicht zu unterschätzende Beschäftigung der Kranken nicht entbehren.

Um 6 Uhr wird die Versammlung geschlossen und Professor Emminghaus als Vorsitzenden für den nächsten Tag gewählt.

(Schluss folgt).

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig. Druck von **Philipp Werle** in Koblenz (Löhrstrasse 28)

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. 15. Dezember 1888. Nro. 24.

Inhalt.

I. Originalien. Ueber Peroneuslähmung. Von Prof. Dr. **M. Bernhardt** in Berlin.

II. Referate und Kritiken. **Schrader**: Zur Physiologie des Vogelhirns. **Spitzka**: Oculomotoriuskerne. **Borgherini**: Zwei Fälle von Tumoren der Tela choroidea des vierten Ventrikels. **Minor**: Zur Aetiologie der Tabes doralis. **Tourette, Blocq, Huet**: Friedreich'sche Krankheit. **Plin** et **Damaye**: Traumatische Peroneuslähmung. **Lannois**: Chorée héréditaire. **Ostwalt**: Ueber Chorioretinitis syphilitica und ihre Beziehung zur Hirnarterienlues. **Tookes**: Ein Fall von epileptiformer Attake mit ungewöhnlichen Erscheinungen. **Talcott**: Entstehen und Heilung von Psychen durch Trauma. **Deny**: Balkenmangel mit Idiotie. **von Krafft-Ebing**: I. Gefährliche Bedrohung. Paranoia persecutoria im Beginn. Gerichtsärztiches Gutachten. II. Alkoholismus chronicus. Eifersuchtswahn. Mord der Ehefrau. Gerichtsärztliches Gutachten. **Nötel**: Bericht über die Rheinische Provinzial-Irren-Anstalt Andernach in den Jahren 1880—1887. (Schluss). **Turnbull**: Ueber familiäre Verpflegung armer Geisteskranken.

III. Aus den Vereinen. XIX. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte am 27. und 28. October in Karlsruhe. (Schluss.)

I. Originalien.

Ueber Peroneuslähmung.*)

Von Prof. Dr. M. BERNHARDT in Berlin.

(Vortrag mit Krankenvorstellung in der Ges. f. Psychiatrie und Nervenkrankheit zu Berlin am 12. Nov. 1888.)

1) Der 31 jährige Asphaltarbeiter P . . . hatte am 18. Septbr. dieses Jahres wie gewöhnlich einige Stunden hintereinander knieend auf dem Boden, Asphaltschichten legend, gearbeitet, als er beim Aufstehen eine

*) Der obige Aufsatz unseres verehrten Herrn Mitarbeiters war uns als Autor-Referat zugegangen und sollte in den uns von anderer Seite zugesagten Vereinsbericht eingefügt werden. Leider ist dieser Bericht erst eingegangen, als der Drucksatz dieser Nummer schon fertig gestellt war. In Folge dessen muss der Aufsatz des Herrn Prof. Bernhardt in obiger Form veröffentlicht, der Vereinsbericht für die erste Nummer des Jahres 1889 zurückgestellt werden.

Redaction.

Lähmung des rechten Beins bemerkte. Schmerzen bestanden nicht, dagegen ein subjektives Taubheitsgefühl hinten aussen an der Wade etwa vom 2. Drittel ab bis zur Tibiakante nach vorn gehend und bis zur grossen Zehe hin sich erstreckend. Bei der Untersuchung am 1. Oktober wurde sowohl dieses bemerkt, als auch eine *ausgesprochene rechtsseitige Lähmung im Peronealgebiete* constatirt (Paralyse der m. m. tibialis ant., ext. hall. long., ext. digit. commun., der m. m. peronei) wie man dieselbe theilweise noch heute bestehen sieht. Die elektrodiagnostische Untersuchung erwies die Lähmung als eine leichte, insofern sowohl die faradische, wie die galvanische (indirekte und direkte) Erregbarkeit in dem gelähmten Nerv-Muskelgebiet der der gesund gebliebenen linken Seite gleich war. Das Gebiet des n. tibialis war frei —, desgleichen kamen die Bewegungen im Hüft- und Kniegelenk rechts wie links gleich kräftig zu Stande.

Auf die durch die rechtsseitige Peroneallähmung bedingte Unmöglichkeit der Dorsalflexion des Fusses und die hierdurch hervorgebrachte Gehstörung, welche wiederholt geschildert worden ist, braucht wohl an diesem Orte nicht weiter eingegangen zu werden. Die elektrotherapeutische Behandlung, der sich Patient leider aus äusseren Gründen nicht in wünschenswerther Regelmässigkeit unterzog, hat schon eine gewisse Besserung speciell in Betreff der Zehenstreckung bewirkt. Die Prognose in Bezug auf eine vollkommne Heilung erscheint eine günstige.

Lähmungen peripherischer Nerven an den unteren Extremitäten sind gegenüber solchen an den oberen relativ selten: deswegen und wegen der Aetiologie seiner Lähmung wurde dieser Kranke vorgestellt. Es ist hier durch den in der Kniekehle längere Zeit einwirkenden Druck eine Lähmung im Bereich des einen n. peroneus in ähnlicher Weise zu Stande gekommen, wie dies bekanntlich ungleich häufiger am n. radialis z. B. in Folge von Druck statt hat. Es erinnert der Fall an die von Zenker zuerst, dann von Roth mitgetheilten Beobachtungen (Berl. klin. Wochenschr. 1883. Nro. 41 und Nro. 46) über Fuss- und Unterschenkelparesen bei Kartoffelarbeitern, welche zur Herbstzeit längere Zeit in knieender oder kniehockender Stellung am Boden mit den Händen arbeitend zugebracht haben. Zenker macht zu seinen Fällen die Bemerkung, dass die Lähmungen im elektrodiagnostischen Sinne ziemlich schwere zu sein schienen; dass es nicht alle sind, beweist wohl dieser Fall.

Eine weitere hierhergehörige Beobachtung ist dann 1885 (Philad. Med. Times etc. Nro. 447) von L. Ott mitgetheilt worden, der bei einem Kranken, welcher 2 Tage lang bei der Pflasterung seines Hofes mit Ziegelsteinen sich stundenlang in hockender Stellung befunden hatte (bei gebeugten Knieen) eine doppelseitige, vorwiegend indess linksseitige Lähmung im Peroneusgebiet eintreten sah. Es bestand wahrscheinlich eine Mittelform der Lähmung.

2) Als *zweiter* Fall wurde der 22 jährige Barbier S . . . . vorgestellt, welcher zur Zeit *nur* über eine lähmungsartige Schwäche des linken Beins

klagt, das deutlich etwas beim Gehen nachgezogen, übrigens aber speciell in den Hüft- und Kniegelenken fast frei und nur mit etwas geringerer Kraft, als rechts bewegt wird. Am *meisten geschädigt erscheinen die Bewegungen des Fusses und der Zehen*, vor allem die Dorsalflexion derselben, so dass auch hier das Herabhängen des Fusses plantarwärts ein Haupthinderniss für das freie Fortschreiten bildet.

Die elektrische Erregbarkeit im Peronealgebiet, sowie im Bereich der übrigen Nerven an der linken unteren Extremität ist wohl erhalten: die Kniephänomene finden sich beiderseits, vielleicht ist es links etwas stärker ausgeprägt, als rechts; jedenfalls ist der Achillessehnenreflex links sehr deutlich nachweisbar und der Fussklonus nur links vorhanden, rechts nicht. In Bezug auf die *Sensibilitätsverhältnisse* finden sich links am paretischen Beine *keine* nachweisbaren *Störungen*: das Gefühl für Berührungen, Temperaturdifferenzen, Schmerz, passiv vorgenommene Lageveränderungen sind links ebenso vollkommen vorhanden, wie rechts. Dem gegenüber besteht links am Ober- wie am Unterschenkel ein gegen rechts *deutlich verminderter Umfang der Glieder* so z. B. beträgt der Wadenumfang rechts 36, links 31 cm., der Umfang des rechten Oberschenkels (15 cm. oberhalb des oberen Patellarrandes) $44^1/_2$, der des linken $41^1/_2$ cm.

Diesen Verhältnissen an den *unteren* Extremitäten gegenüber besteht zunächst links an der *oberen* Extremität *nicht* die Spur einer *Lähmung* oder auch nur Parese: alle Bewegungen (auch die der Finger) kommen hier prompt und *kraftvoll* zu Stande, obgleich auch der Oberarm und der Unterarm links etwas magerer erscheinen, als die rechten entsprechenden Glieder: indess beträgt hier die Umfangsdifferenz nur etwa 1 cm.

In *beiden Facialisgebieten* besteht *absolute Gleichheit*: keine Differenz zu Ungunsten der linken Seite. Psyche, Sinne, Blasen- und Mastdarm-Funktion intakt —, Allgemeinbefinden ausgezeichnet: Zungenbewegungen frei, keinerlei Schiefheit derselben, keine Sprachstörung. Diese Parese des linken Beines ist heute etwa seit 7 Wochen vorhanden und soll mit Schmerzen in beiden Knieen begonnen haben: bis dahin ging Patient ausgezeichnet und gebraucht seine linke untere Extremität durchaus wie seine rechte. Er war überhaupt bis zu seinem 12. Lebensjahre ganz gesund gewesen: damals, 1876, war dem zehnjährigen Kinde ein schwerer Ast auf den Kopf gefallen, hatte die Hirnschale durchschlagen, so dass Hirntheile hervorquollen und den 2 Tage lang vollkommen bewusstlosen Knaben für 2 Monate auf das Krankenlager geworfen. Ueber vier Monate bestand zu jener Zeit eine Lähmung der gesammten linken Körperhälfte: während aber die freie Beweglichkeit des linken Arms, der Hand und der Finger nach 2 Wochen zurückkehrte bestand die Lähmung des linken Beines Monate lang fort. Krämpfe sollen nie aufgetreten sein, nur dann und wann Ohnmachtsanwandlungen und auch diese nur, wenn P. sich längere Zeit grösserer Hitze ausgesetzt hatte. Allmählig besserte sich der Zustand immer mehr, sodass sich P. innerhalb der letzten 11 Jahre bis eben zum

September 1888 hin ganz wohl fühlte und seinen Beruf (Barbier) durchaus zu seiner und seiner Vorgesetzten Zufriedenheit ausüben konnte. Noch heute fühlt man am hinteren oberen Winkel des rechten Scheitelbeins eine 1—2 cm. tiefe Knocheneinsenkung: sie liegt etwa 2—3 cm. hinter einer vom linken zum rechten äusseren Gehörgang gezogenen Linie in einer Höhe von 16 cm. oberhalb des Eingangs zum rechten äusseren Gehörgang. Sehr tiefer Druck auf diese vertiefte Knochennarbe ist noch heute etwas empfindlich, löst aber weder abnorme Empfindungen noch Bewegungen im Bereich der linken Extremitäten speciell der unteren aus. —

Es ist mehr als wahrscheinlich, dass diese den obersten Partien des oberen Scheitelläppchens vielleicht dem lob. paracentr. rechts entsprechende Läsion der Hirnrinde und des Hirnmarks unter Beihilfe von Gelegenheitsursachen (abnormer Anstrengung etc.) zu der neuerdings wieder als Parese der unteren linken Extremität, speciell des Fusses auftretende Bewegungsstörung Veranlassung geworden ist. Der oben geschilderte Verlauf der Symptome in der ersten Zeit nach dem Trauma, die längere Dauer, welche die linke untere Extremität zu ihrer Heilung von der motorischen Schwäche in Anspruch genommen hat, die neuerdings auf *sie* allein wieder beschränkte Störung in der Bewegungsfähigkeit deuten darauf hin, dass wir es mit einer Beeinträchtigung der Funktion derjenigen Hirnregion zu thun haben, welche man als das für das Zustandekommen freier und ungestörter Bewegungen des contralateralen Beins nothwendige Innervationscentren in Anspruch genommen hat.

Es gehört somit dieser Fall *nur im weitesten Sinne* zu denen, für welche durch das Vorstellen des ersten Kranken ein Beispiel beigebracht wurde: es *handelt sich um keine peripherische Lähmung*, sondern um eine centrale (cerebrale) und ist die Peroneuslähmung in diesem Falle nur als eine Theilerscheinung, wenn auch eine hervorragende und den Kranken in Bezug auf das Gehen am meisten hindernde der Parese des linken Beins zu betrachten. Vielleicht darf zum Schluss noch einmal betont werden, dass Sensibilitätsstörungen in diesem Falle nicht nachgewiesen werden konnten.

Schon von Anderen und von B. selbst*) sind *Peroneuslähmungen* auch solche schwerer Form, mit Entartungsreaktion einhergehend, als im *Verlauf der Tabes dorsalis* vorkommend beschrieben worden. B. hat seit seiner ersten Publikation mehrfach derartige Fälle beobachtet und thut hier speciell nur eines Falles aus dem Jahre 1883 Erwähnung, weil er nach verschiedenen Richtungen hin von besonderem Interesse scheint. Die Beobachtung betraf einen (September 1883) etwa 40 jährigen Mann, der wegen einer Lähmung des linken Fusses in B.'s

---

*) Electricitätslehre von Rosenthal und Bernhardt. Berlin 1884. S. 481. (Beob. 25.)

Ferner Bernhardt: Ueber die multiple Neuritis der Alkoholisten etc. etc. Zeitschr. f. klin. Medizin. Juli 1886.

Behandlung trat. Es fand sich bei vollkommener Intaktheit der vom n. peron. superfic. innervirten Muskeln (der m. m. peronei selbst) eine vollkommne, auch im elektrodiagnostischen Sinne *schwere Lähmung des n. peron. profundus* (des m. m. tibialis anticus, extensor hallucis longus, ext. digit. communis). Die Kniephänomene fehlten schon damals, auch bestand eine mässige Schwierigkeit der Harnentleerung: im Uebrigen aber fehlten andere Erscheinungen, welche berechtigt hätten, mit *Sicherheit* eine Diagnose auf Tabes zu stellen. Als sich der Kranke im März 1884 wieder vorstellte, bestand die Lähmung noch fort: erst im Januar 1885 war dieselbe soweit geheilt, dass Pat. bei freier Ausübung der einst unmöglich gewesenen Bewegungen sich über nichts weiter beklagte, obgleich damals noch durch eine elektrische Exploration das einstige Bestehen der schweren Lähmung deutlichst erwiesen werden konnte.

Seit einigen Wochen (Oktober 1888), *also 5 Jahre seitdem B.* den Patienten mit der schweren partiellen Peroneuslähmung zum ersten Male gesehen, ist derselbe auf's Neue in B.'s Behandlung getreten mit *den unzweifelhaften Symptomen der Tabes:* Es fehlen nach wie vor die Kniephänomene, es bestehen bedeutende Störungen der Blasenfunktion; neben lancinirenden Schmerzen an verschiedenen Körperstellen sind sowohl crises laryngées als gastriques vorhanden, die Potenz ist erloschen etc.

Hiernach erscheint es nicht zweifelhaft, dass das isolirte, scheinbar unmotivirte oder besser ausgedrückt durch keine sonst bekannte Ursache bedingte Auftreten einer Peroneuslähmung den Arzt veranlassen mag, auf noch andere Symptome eines vielleicht vorhandenen *centralen* Leidens zu fahnden z. B. die Kniephänomene zu prüfen etc., weil man sich gegenwärtig zu halten hat, dass schon in *frühen Stadien der Tabes* selbst schwere Lähmungen einzelner peripherischer Nerven, unter anderen auch der n. peronei auftreten, längere Zeit bestehen und zur Heilung kommen können, während oft erst *nach Jahren* der Zusammenhang dieses scheinbar isolirt dastehenden Ereignisses mit der schweren Erkrankung des Rückenmarks klar werden kann.

Indem der Vortragende an dieser Stelle die *meist doppelseitig auftretenden Lähmungen* im Peronealbereiche übergeht, welche durch verschiedene Gifte, (Alkohol, Arsenik, Blei, Quecksilber) verursacht werden, weist er, was *einseitige* Peroneusparalysen betrifft, noch auf diejenigen hin, welche durch sogenannte rheumatische oder refrigeratorische (Infektions?) Einflüsse zu Stande kommen. (Vergl. z. B. Bernhardt: Neuropath, Beob., Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXII. S. 377. 1878) und auf solche, wie er sie einigemale im Puerperium auftreten sah, auch da, wo von schwereren Geburten und einer etwaigen Läsion des Ischiadicus im Becken durch den eingekeilten Kopf des Kindes oder instrumentelle Hilfe des Geburtshelfers nicht die Rede war.

Die traumatischen durch schneidende, stechende Werkzeuge hervorgerufenen Verletzungen im Bereiche des n. ischiadic. in specie des n. peron. sind bei dieser Betrachtung ausser Acht gelassen.

II. Referate und Kritiken.

776) **Max E. G. Schrader** (Strassburg): Zur Physiologie des Vogelgehirns. (Archiv für Physiologie von E. F. W. Pflüger. 44. Bd. 5. u. 6. Heft.)

Nach der Wegnahme des Grosshirns bei Vögeln, besonders bei Tauben, tritt ein 3—4 Tage andauernder schlafähnlicher Zustand ein, wie ihn Rolando und Flourens beschrieben haben, der bald nachlässt, so dass die Thiere den grössten Theil des Tages im Zimmer umherlaufen.

Diese Bewegungen werden von Anbeginn durch Gesichts- und Tasteindrücke vollkommen regulirt, Beweis genug, dass die erhaltenen Hirntheile in dem Grade normal weiter functioniren, in welchem die durch die Hirnwunde gesetzten pathologischen Erregungen aufhören, auf den Ablauf der Innervationsvorgänge in jenen Theilen hemmend einzuwirken.

Des Weiteren zeigen, wofür wir die Erklärung in den Ausfallserscheinungen, vielleicht auch noch in manchen Hemmungsvorgängen suchen müssen, die Versuchsthiere ein Verhalten, das sich von dem der gesunden Thiere dadurch unterscheidet, dass erstere, wie Goltz treffend sagt, unpersönlich sind, während letztere eine ausgesprochene Persönlichkeit zur Schau tragen. Pauli.

---

777) **E. C. Spitzka** (New-York): The oculomotor centres and their coordinators. (Separatabdruck.)

Bei einer genauen anatomischen Untersuchung der Zellengruppen, die unter dem Namen Oculomotoriuskern zusammengefasst werden, kann man mehrere getrennte Zellanhäufungen unterscheiden. 1. eine Gruppe von kleinen, zerstreut, liegenden oder aber gegen den aquaeductus Sylvii hin zusammengeschaarter Zellen, 2. den Westphal-'schen Kern, der am meisten nach vorn und oben, ziemlich medial gelegen ist und aus kleinen, zusammengedrängten Zellen, die in dichter molekularer Substanz eingebettet sind, besteht, 3. den Hauptkern, eine grosse, verwickelte Zellanhäufung, welche nicht so weit cerebralwärts reicht wie der Westphal'sche Kern, dagegen sehr weit nach der medulla hin, direkt dem hinteren Längsbündel anliegend, 4. den Sagittalkern der vollkommen medial liegt und nicht in symmetrische Hälften geschieden werden kann; er hat die geringste Längenausdehnung.

Nach einer kurzen vergleichend anatomischen Betrachtung der Entwicklung der Oculomotoriuskerne beschreibt Verf. das Resultat einer entsprechend dem Gudden'schen Experimente an einer Katze vollführten Durchtrennung des linken Oculomoteriusstammes; dabei zeigte sich, dass, während der Hauptkern auf der linken Seite bis auf den kleinen hintersten Theil atrophirte, der Sagittalkern links intakt blieb, rechts dagegen atrophirte; (über einen dem Westphal'schen homologen Kern ist bei der Katze nichts bekannt); es muss also eine Kreuzung der aus dem Sagittalkern austretenden Wurzelfasern stattfinden; das

hintere Längsbündel fehlt Anfangs völlig links, mit dem Auftreten des Sagittalkernes wird es sichtbar, aber weit schwächer als rechts und am hintersten Ende des Hauptkernes, der beiderseits noch vorhanden ist, wird es ungefähr $^2/_3$ so stark wie das rechte.

Vergleicht man nun die Ergebnisse des Experimentes mit denen der anatomischen Untersuchungen und der klinischen Erfahrungen, so gelangt man zu folgenden Schlüssen:

Aus dem Westphal'schen Kerne entspringen die Fasern der intraocularen Zweige des oculomotorius. Der Sagittalkern oder gekreuzte Kern giebt die Fasern für den rectus internus der anderen Seite ab.

Der am meisten lateral gelegene Theil des Hauptkernes ist wahrscheinlich das Centrum für den levator palpebrae; alle übrigen Muskeln werden von dem übrigen Theile des Hauptkernes versorgt. Die hinterste Partie des letzteren, welche in das hintere Längsbündel eingebettet ist und auch bei beiderseitigem Durchschneiden des Nervenstammes nicht atrophirt, bildet das Centrum für den orbicularis palpebrarum (Mendel), die Nervenfasern sollen von dem Kern durch das hintere Längsbündel zum cerebralen Facialisknie verlaufen.

Der fasciculus longitudinalis posterior verbindet zunächst den Sagittalkern mit dem Abducenskern; da die Kerne für den rechten rectus internus und den linken rectus externus nach obigem auf derselben Seite liegen, so ist ein decussirter Verlauf der Längsbündelfasern, wie er früher zur Erklärung der associirten Augenbewegungen angenommen wurde, nicht länger plausibel; die Decussation erfolgt vielmehr in den betreffenden Wurzelfasern des dritten Paares. Ausserdem führt das hintere Längsbündel die Wurzelfaseren des facialis, welche den orbicularis palpebrarum innerviren, sowie andere Nervenfasern, welche die Centren der Cervicalmuskeln mit den Augencentren verbinden und die conjugirten Bewegungen der Augen und des Kopfes vermitteln. Strauscheid.

---

778) **Alessandro Borgherini** (Padua): Zwei Fälle von Tumoren der Tela choroidea des vierten Ventrikels.

(Internationale klinische Rundschau 1888 44. 45.)

Die Tumoren der Tela choroidea des vierten Ventrikels gehören fast alle zur Klasse der Endotheliome. Zu den seltensten Ausnahmen können wir den von Bousseau*) beschriebenen Fall rechnen, bei welchem eine einfache hühnereigrosse Cyste die Höhle des vierten Ventrikels ganz ausfüllte und ebenfalls von der Tela choroidea ihren Ursprung nahm.

Virchow**) war einer der ersten, die uns über den histologischen Bau der in Rede stehenden Tumoren belehrten. Er nennt sie

---

*) Bousseau: Thèse de Paris 1868 zitirt in Verron's Etude sur les tumeurs du quatrième ventricule. Paris 1874, Observ. 14e.

**) Virchow: Pathologie des tumeurs. Traduct. Paris 1869.

Psammome. Sie bestehen hauptsächlich aus Endothelzellen, welche in Gruppen nebeneinander liegen, von einander durch bindegewebige Scheidewände getrennt sind und sehr oft in ihrem Inneren Kalkkrümmel enthalten. Die zelligen Elemente entstehen durch Wucherung des normalen Endothels, welches die Gefässstränge auskleidet, sie zeigen an einigen Stellen unverändert dessen Charakter, während sie an anderen abgeplattet oder spindelförmig und in Degeneration begriffen sind. Das interstitielle Bindegewebe rührt von dem Gewebe her, welches die Gefässstränge überzieht; die Blutgefässe der letzteren versorgen die Neubildung mit einem reichen Blutgefässnetze. Streng genommen wiederholen die Tumoren die Struktur der Gefässstränge, von denen sie nach der Meinung Robin's durch einen Wucherungsprocess abstammen. Auf diese Entstehungsweise der Tumoren weist hauptsächlich die oblonge Form derselben, ihre Lage längs der Gefässe der Tela und schliesslich ihre reiche Vascularisation hin. Es eignen sich jedoch nur wenige Fälle zum Beweise dieser Annahme.

Recklinghausen*) hebt in einem von ihm beobachteten Falle hervor, dass der Sitz der Neubildung ganz genau dem Verlaufe der Gefässstränge entsprach, dass aber die letzteren vergebens in der Umgebung derselben gesucht wurden.

Verron*) erwähnt einen Fall von Diabetes, bei dessen Nekropsie auf der Tela choroidea längs der Plexus choroidei laterales zwei kleine Tumoren gefunden wurden.

Der erste der beiden Fälle, die nachfolgend mitgetheilt werden sollen, scheint abgesehen von anderen Eigenthümlichkeiten, auch deshalb ein besonderes Innteresse zu bieten, weil man bei demselben mit einiger Genauigkeit das Verhältniss der Neubildung zu den Gefässsträngen und somit ihren Ursprung feststellen konnte.

I. *Fall.* B. A., 64 Jahre alt, von starkem Körperbau, war bis zu seinem Tode stets gesund und starb eines gewaltsamen Todes, indem er eine bedeutende Dosis von Laudanum zu sich nahm. Die Sektion ergab ausser den durch dieses Gift verursachten Veränderungen eine beginnende interstitielle Hepatitis und eine Neubildung im vierten Ventrikel. Der Urin, welcher in ziemlich bedeutender Menge vorhanden war, zeigt bei der chemischen Analyse deutliche Reactionen auf Glykose, kein Eiweiss. Die Neubildung nahm für sich ungefähr die hintere Hälfte des vierten Ventrikels in Anspruch und reichte zum Theile unter dem Unterwurm des Kleinhirns über denselben hinaus. Ihre Form war beiläufig die einer dreiseitigen, liegenden Pyramyde, welche derart in der Höhle des Ventrikels lag, dass ihre Längsaxe der Sagittalebene des Ventrikels entsprach und mit einer ihrer Seiten auf die Gegend des Calamus scriptorius einen gewissen Druck ausübte. Die Farbe des Tumors war perlmutterartig weiss, seine Konsitenz fibrös, die Oberfläche maulbeerartig; in der Länge mass er 3,2 ctm, in der grössten Breite 2,1 ctm. Mit seiner längeren Axe lag der

*) Reclinghausen: Virchow's Archiv. Bd. 30, pag. 64.

*) Op. cit. Observ. 5*e*.

Tumor genau in der Medianlinie des Ventrikels, aber ohne irgend welchen Zusammenhang mit dem Boden desselben, welch' letzterer in seinem hinteren Theile einen leichten Eindruck zeigte; auch von dem Wurm des Kleinhirns, welcher ein wenig nach oben geschoben wurde, war der Tumor getrennt; nur auf beiden Lateralflächen hing er auf kurzen Strecken mittelst zweier seitlicher Anhänge mit den Corpora restiformia und den Flockenstielen zusammen, und zwar dort, wo diese sich über jene legen. Ausser diesen zwei Stellen war der Tumor vollständig frei von allen Verbindungen, und es muss hier das wichtige Factum hervorgehoben werden, dass jene zwei Punkte dem Orte entsprachen, wo die Plexus choroidei laterales sich in die Pia der unteren Fläche des Kleinhirns fortsetzen. Von der Pia mater erstreckte sich zur seitlichen und hinteren Gegend der Neubildung eine Art von dünnem fibrösem Bandstreifen, welcher zweifelsohne einen Rest der Tela choroidea darstellte. Derselbe verlor sich in der fibrösen Kapsel des Tumors, oder schien sich vielmehr an der Oberfläche desselben auszudehnen. Die Plexus choroidei waren ganz geschwunden; bei Entfernung des Tumors jedoch schien es, als wenn in denselben von hinten und von den Seiten her, wo er den Corpora restiformia und den Flockenstielen anlag, feine Gefässchen eintreten würden.

Die mikroskopische Untersuchung ergab die Anwesenheit einer fibrösen Kapsel, welche an ihrer Oberfläche mit epithelialen Elementen ausgekleidet war. Die Kapsel setzte sich in Form von zahlreichen bindegewebigen Scheidewänden in's Innere des Tumors fort, so dass dieser hiedurch in viele kleine Abschnitte getheilt wurde, deren Inhalt zellige Elemente bildeten, von denen die Minderzahl rund und mit grossen Kernen versehen, während die meisten eckig abgeplattet waren und in ein Stroma von feinen Bindegewebsfäserchen eingebettet lagen. Längs der interstitiellen Scheidewände verliefen Kapillargefässe in geringer Anzahl. Bei der makroskopischen Untersuchung jedoch konnte man beobachten, dass die Mehrzahl der Gefässe in Form eines Stranges längs der Medianlinie des Tumors in der Tiefe desselben und zwar an der unteren Seite, entsprechend dem Verlaufe des Plexus choroideus medius angeordnet war und dass jener Strang sich nach vorne in zwei kleine seitliche Bündel theilte, welche dort endigten, wo der Tumor den Corpora restiformia und den Flockenstielen anlag.

Es ist wohl klar, dass das beschriebene Verhalten der Gefässe in der Neubildung den normalen Verlauf der Gefässstränge in der Tela choroidea andeutete, welche Gefässstränge eben vollständig in die Neubildung eingeschlossen wurden, nachdem sie selbst einen hyperplastischen Process durchgemacht haben. An den Stellen, wo der Tumor sass, war das Nervengewebe gar nicht infiltrirt, sondern erlitt nur eine Kompression von Seite desselben.

Die Form der Neubildung, ihre Lage und Verbindungen, vor Allem aber das eigenthümliche Verhalten ihrer Gefässe deuten wohl auf eine innige Beziehung zwischen den normalen Gefässen der Tela und der Entwicklung des Tumors hin. Leider gestattete die schlechte

Konservirung des letzteren keine genaue und detaillirte mikroscopische Analyse.

Die Symptome, welche der Kranke darbot, waren — abgesehen von der Anwesenheit von Glykose im Urin, welche zufällig durch die chemische Analyse entdeckt wurde — vollständig negativ. Der ziemlich ansehnliche Tumor sass also in einer wegen der Nervencentren so bedeutungsvollen Gegend, ohne dass Patient auch nur die geringste Reaction gezeigt hätte.

Dieses, der Pathologie wohl bekannte Factum einerseits, sowie andererseits der Umstand, dass derartige Tumoren oft die veschiedensten Symptome hervorrufen können, deren Localisation auf andere Stellen des Centralnervensystems, also nicht auf den Boden des vierten Ventrikels, zurückgeführt werden kann, macht deren topographische Diagnose zu einer der schwierigsten.

Nothnagel*) erklärte auf Grund einiger Untersuchungen ähnlicher Fälle, dass die klinische Localisation derselben gegenwärtig noch ein Pium desiderium ist. Das Vorhandensein von Glykose im Harn war das einzige hervorstechende Symptom in unserem Falle, und ich glaube ohne Weiteres, dass dasselbe mit der Entwicklung des Tumors auf der Tela choroidea, resp. mit dem Umstande in Beziehung gebracht werden kann, dass derselbe auf den Calamus scriptorius einen gewissen Druck ausübte. Dieses einzige Symptom jedoch — da es allein dasteht und wegen der Variabilität seines Ursprunges auch als diagnostisches Moment einen sehr variablen Werth hat — hätte, auch wenn es im Leben konstatirt worden wäre, nur wenig zur Feststellung des Sitzes und der Natur der Krankheit beitragen können.

Verron**) versuchte auf Grund von zwanzig auch nicht genug gründlichen Untersuchungen ein klinisches Bild zu entwerfen, welches für Tumoren dieser Gegend charakteristisch wäre und in einigen Fällen eine exakte Diagnose des Sitzes derselben gestatten würde. Jedoch wenn auch zugegeben werden muss, dass in manchen seltenen Fällen das von Verron entworfene Bild zutreffend ist, aus der Prüfung des soeben beschriebenen ersten und des folgenden zweiten Falles, sowie der meisten in der Literatur bekannten Beobachtungen (Nothnagel, Verron, Harrington, Douhy) muss gefolgert werden, dass die Tumoren der qu. Gegend mit seltenen Ausnahmen ein so verwickeltes klinisches Bild darbieten, dass sie sich gegenwärtig einer genauen topographischen Diagnose noch fast vollständig entziehen.

II. Fall. M. A., 18 Jahre alt, von starkem Körperbau, begann drei Jahre vor ihrem Tode krank zu werden. Bis dahin war sie immer vollkommen gesund.

In der erwähnten Zeit trat bei ihr eine leichte Amblyopie des rechten Auges auf, die bald zur vollständigen Amaurosis führte. Erst zwei Jahre später suchte sie, wegen heftiger Schmerzen am erkrankten

---

*) Nothnagel: Topische Diagnose der Gehirnkrankheiten. Berlin 1887. pag. 511—512.

**) Verron: Op. cit. pag. 39 u. d. f.

Auge, Hilfe in der Augenklinik des Prof. Gradenigo (Padua); hier wurde sie, wegen sekundären Glaukoms in Folge eines Tumors der Choroidea, an Iridektomie operirt. Obwohl die Patientin aufgefordert wurde, sich sobald als möglich wieder vorzustellen, blieb sie mehr als ein Jahr aus und erschien auf der Klinik erst im März 1883, nachdem am kranken Auge neuerdings Schmerzen auftraten; diesmal musste die Enukleation des Bulbus vorgenommen werden.

Acht Tage nach der Operation, d. i. am 13. April 1883, klagte Patientin über diffusen Kopfschmerz, Schlaflosigkeit und allgemeine Schwäche der Extremitäten. Die physikalische Untersuchung der inneren Organe ergab nichts positives; Puls, Temperatur, Respiration waren normal; auch die Untersuchung des Harnes fiel negativ aus.

Von dieser Zeit an manifestirten sich die Symptome rasch in folgender Weise:

21. April: Vomitus, Kephalalgie, Apathie: Pupillenreaction träge; Puls, Respiration und Temperatur normal.

25. April: Kephalaea, Mydriasis, Vomitus.

26. April: Schlafsucht, unwillkürlicher Abgang von Urin und Fäces.

Am 28. April liess ich die Patientin aus dem Bette steigen, um mit ihr Bewegungsversuche vorzunehmen. Da zeigte es sich, dass sie, wenn auch langsam, doch allerlei Bewegungen ausführen konnte; das aufrechte Stehen war nur für wenige Minuten möglich; während desselben wankte ihr Körper hin und her, mit der Neigung nach rechts und hinten zu fallen. Bei der horinzontalen Bettlage schien die Kontraktionskraft der Muskeln der Extremitäten fast normal zu sein.

30. April: Mydriasis, Schmerz bei Druck auf die Hinterhaupt- und Nackengegend.

9. Mai: Die allgemeine Verschlimmerung des Leidens schreitet progressiv fort. Die Kontraktionsfähigkeit der Muskeln nimmt ab, das Erbrechen wiederholt sich und es tritt Singultus auf. Puls, Temperatur und Respiration sind jedoch noch immer normal.

10. Mai: Die Temperatur schon in der Früh erhöht, steigt Abends bis zu 42° C. In der Nacht tritt der Tod ein.

Nekropsie: Bedeutendes Gehirnödem. Im vierten Ventrikel sitzt eine Neubildung, die seine Höhle vollständig ausfüllt; sie selbst hebt den Wurm des Kleinhirns etwas empor und komprimirt ihn zugleich, ebenso erleidet die Medulla oblongata einen leichten Druck gegen den Clivus. Der Tumor hat die Form und den Umfang eines Taubeneies, ist von harter Konsistenz, perlmutterartig weiss und in seinem Inneren reich an dilatirten Gefässen. Er hängt weder mit dem Kleinhirn, noch mit dem verlängerten Mark zusammen; das letztere ist in grosser Ausdehnung von einem Erweichungsprozesse ergriffen. Die histologische Untersuchung ergab, dass der Tumor hauptsächlich von in die Länge gezogenen abgeplatteten Zellen mit deutlichem und grossem Kerne zusammengesetzt war, die grösstentheils parallel gelagert und durch ein Stroma von feinem fibrillärem Gewebe zusammengehalten waren. Es wurde die Diagnose Endotheliom gemacht.

Der Ursprungsort des Tumors war die Tela choroidea; das geht schon aus der Nekropsie hervor. Das Vorhandensein von zahlreichen Gefässen in demselben und das lacunäre Aussehen der letzteren legt die Vermuthung nahe, dass die Plexus choroidei der Tela aktiven Antheil an der Entstehung der Neubildung hatten.

Die gleichzeitige Anwesenheit eines Tumors im rechten Bulbus oculi lässt uns vermuthen, dass beide Neubildungen einer und derselben Art angehörten, obgleich wir leider den Tumor des Augapfels nicht untersuchen konnten.

Allein, wenn auch der Tumor im vierten Gehirnventrikel von einer recht bedeutenden Grösse war, so möchten wir doch nicht behaupten, dass es schon vor drei Jahren, als Patientin zum ersten Male wegen ihres Augenleidens klagte, vorhanden gewesen sei. Die Krankengeschichte berechtigt im Gegentheile zu der Annahme, dass der Tumor sekundär in Folge der Neubildung an der Choroidea des rechten Auges entstanden ist. Da wir eine gleichzeitige Entstehung beider Tumoren wie erwähnt, ausschliessen, da aber dieselben doch später gleichzeitig bestanden haben, so müssen wir gegen die Annahme einiger pathologischer Anatomen, dass nämlich das Endotheliom immer gutartiger Natur sei, und zu keinen Metastasen führen, der Meinung Ausdruck geben, dass nicht alle Endotheliome eine und dieselbe Natur aufweisen, sondern dass gewisse Formen derselben einen malignen Charakter haben können.

Die Neubildung an der Tela choroidea erreichte schon einen beträchtlichen Grad in ihrer Entwicklung, ehe sie klinisch erkennbar wurde, und es ist die Annahme nicht unberechtigt, dass in derselben plötzlich durch Kongestion in den Gefässen eine rasche Grössenzunahme stattfand, und dass diesem Umstande die plötzlich eingetretenen tödtlichen Symptome zuzuschreiben sind. Die anatomische Untersuchung bestätigt diese Vermuthung. Das lange Latentbleiben des Tumors reiht denselben insoferne unserem ersten Falle an, als er ebenfalls beweist, dass das verlängerte Mark trotz seiner physiologischen Bedeutung äusseren Druckwirkungen gegenüber eine gewisse Resistenz zu bieten vermag. Die anatomische Untersuchung des Tumors erwies, dass derselbe an der Med. oblongata eine Art von Eindruck hervorbrachte, so dass dieselbe von vorne nach hinten etwas abgeplattet war, und auch ihre Axe wich ein wenig nach rechts ab. Trotzdem bot die Patientin bis zum letzten Momente vor dem Tode klinisch gar kein Symptom, welches auf Functionsstörung von Seite des Centralnervensystems hingewiesen hätte.

Man kann demnach behaupten, dass das verlängerte Mark trotz seiner hohen functionellen Bedeutung bis zu einem gewissen Punkte sich wie andere Theile des Centralnervensystems, speziell wie das Rückenmark, verhält, in welchem der durch einen Tumor von aussen her ausgeübte Druck sehr bedeutende Grade erreichen kann, ohne dass es in seiner Funktion dadurch gestört würde (Adamkiewicz). Es ist bekannt, dass sich auch in der Med. oblongata Tumoren von

bedeutendem Volumen entwickeln können, ohne dass dieselben besondere Symptome veranlassen würden.*)

Es muss hervorgehoben werden, dass bei der einmaligen Harnuntersuchung in unserem Falle keine Glykose gefunden wurde und wenn auch wiederholte Harnanalysen diesbezüglich einen positiven Erfolg ergeben hätten, so beweist doch dieser Fall, dass man bei Anwesenheit von Tumoren im vierten Ventrikel nicht immer im Stande ist, Glykose im Urin nachzuweisen.

Als Sitz des Tumors wurde mit Recht das Kleinhirn diagnostizirt; nicht ohne Grund wurden die leichten motorischen Störungen (Schwanken) auf eine Erkrankung des Wurms des Kleinhirns (Nothnagel) zurückgeführt; diese Annahme unterstützten auch andere accessorische Erscheinungen. Derartige Irrthümer in klinischer Diagnose erfolgen fast immer, wenn es sich um Tumoren der tela choroidea des vierten Ventrikels handelt.

Dem letalen Ausgange in unserem zweiten Falle ging eine beträchtliche Temperatursteigerung voraus, welche wenige Stunden anhielt. Die einzige Alteration, auf welche die Temperatursteigerung zurückgeführt werden könnte, ist eine acute entzündliche Erweichung, welche an der Medulla oblongata nachgewiesen wurde. Ob aber diese als die direkte Ursache aufzufassen ist, oder ob vielmehr eine Störung der Wärmecentren die erwähnte Thatsache bewirkt habe, dies kann mit Sicherheit nicht festgestellt werden. Es sind Fälle von Tumoren derselben Gegend mit ganz analogem Verlaufe bekannt, in welchem bei der Nekropsie gar keine materielle Veränderung nachgewiesen wurde, welche die prämortale Temperatursteigerung erklären könnte. So berichtet Dr. J. Harrington-Douty über einen Fall, in welchem er die erwähnte Erscheinung auf eine Läsion der Wärmecentren zurückführen zu können glaubte.

Die hier mitgetheilten zwei klinischen Fälle sind in ihren Erscheinungen sehr einfach und unterscheiden sich von den meisten Tumoren der in Rede stehenden Gegend dadurnh, dass ihnen die Symptome fehlten, welche auf eine direkte Läsion der Kerne der Hirnnerven zurückführbar sind, Symptome, denen man sonst, wie bekannt sehr häufig begegnet. Auch fehlte jedes Zeichen einer Paralyse im Bereiche der motorischen Bahnen des Rückenmarkes. Es verdient ferner in unseren Fällen der latente Verlauf der Neubildung zu einer Zeit erwähnt zu werden, wo dieselbe ein sehr beträchtliches Volumen erreichte und schliesslich bietet auch der Ausgang der Erkrankung im zweiten Falle ein besonderes Interesse.

Wenn nun aber diese beiden Fälle sich vor allen anderen bis jetzt bekannten unterscheiden und sich gar nicht in den Rahmen des Bildes einfügen lassen, welches die Tumoren der Gegend des vierten Ventrikels im Allgemeinen bieten, so muss doch betont werden, dass

*) Lebert: Traité d'anat. pathol. etc. Bd. II. Paris 1861; Ollivier Trattato d. mal. d. midollo spin. (Uebersetz.) Vol. I. Mailand 1837.

da wie dort jedwedes charakteristisches Zeichen zur Feststellung des Sitzes der Neubildung fehlt und dass das letztere Desiderat vielleicht nur in ganz seltenen Fällen einigermassen erfüllt werden kann.

---

779) **Minor**: Zur Aetiologie der Tabes dorsalis.

(Schluss. Westnik psychiatrii etc. Mierszijewski VI. I.)

II. Progressive Ataxie und andere tabische Symptome bei einem, an chronischen Saturnismus leidenden Arbeiter.

32 jähriger Mann ohne erbliche Anlage, ohne Zeichen von früherer Syphilis, beschäftigt sich seit seiner Jugend mit der Anfertigung von Bleifolie zur Einwickelung von Thee und von Bleikapseln für Flaschen, fühlte sich während den ersten 8 Jahren seiner Thätigkeit vollkommen wohl, als 5 tägige Constipationen und Colikanfälle und bald darauf eine typische Radialislähmung auftraten, von welcher er nach 40 tägiger Behandlung genas. Nach Aufnahme seiner früheren Beschäftigung traten aber sehr bald so heftige Coliken auf, dass er häufig seine Arbeit unterbrechen musste; nach 1 Jahr zeigten sich wieder Constipationen und heftige, wahrscheinlich lancinirende Schmerzen, welche ziemlich erfolgreich mit Schwefelbädern behandelt wurden; später lag der Kranke noch 5 Mal im Hospital wegen Verstopfung, Colik und Reissen besonders im rechten Beine. 1882 fieberhafter Zustand, 1885 rasches Schwinden der Potenz im August 1888 Stolpern und Fallen im Dunkeln. Eintritt ins Jausa'sche Hospital am 20. October 1886, wo er sich augenblicklich noch befindet.

Status praesens. Kachektisches Aussehen, Milz etwas vergrössert (vorangegangene Intermittens), sonst fast alles normal. *Deutlicher blau-schwarzer Bleirand um die Zähne.* Leichte Ataxie der Arme bei geschlossenen Augen, der rechte Arm schwächer, als der linke — Pat. ist Linkshänder— , stark ausgesprochene Ataxie der Beine bei gut erhaltener Muskelkraft, Romberg's Symptom, charakteristischer tabischer Gang. Bedeutende Anästhesie des ganzen Rumpfes, besonders stark an der rechten Scapula, am rechten Arm sind die Bezirke der Nn. cutanei medial., medii, post. super. und Ulnaris stark anästhetisch, weniger am linken Arme, an den Beinen ist die Anästhesie im Gebiete der N. cutanei lateralis femoris und des peronaeus lateralis sehr ausgeprägt. Die tactile Sensibilität ist an den oben genannten Theilen =0, an den anderen Körpertheilen stark herabgesetzt, normal ist die Sensibilität nur am Kopfe und der Halshaut bis zu den Schlüsselbeinen. Die übrigen Empfindungsqualitäten, sowie Muskelsinn, elektrocutane Sensibilität und Localisirung von Eindrücken stark vermindert, eine Verlangsamung der Tastempfindung konnte nicht constatirt werden; Abends konnte zuweilen eine quantitative Veränderung an den anästhetischen Stellen constatirt werden, so dass sie auf Tage und Stunden normal empfanden, wobei aber die Anästhesie auf der Ulnarseite beider Unterarme und 2—3 letzten Fingern, der rechten Brust- und Rückenhälfte und die ganze Bauchhaut weiter bestand. Sohlen- und Patellarreflexe vollständig fehlend, zuweilen Ischurie, die Muskeln mechanisch

und electrisch normal reagirend und gut entwickelt. Im *Verlaufe* der Krankheit wurde mehrfach Intermittensanfälle, im December zuerst deutliches Gürtelgefühl, Verschlimmerung der Ataxie und der lancinirenden Schmerzen constatirt, der Bleirand war verschwunden — Augensymptome nie vorhanden gewesen, im März 1887 Vertauben der 4 und 5 Finger an der rechten Hand.

In der recht ausführlichen *Epikrise* bespricht Verf. nach einander die differentiell-diagnostischen Momente, welche seinen Fall von den tabesähnlichen nach Intermittens auftretenden Symptomen und der sogen. Pseudotabes unterscheidet, findet noch am meisten Aehnlichkeit mit den von Tuczek veröffentlichten Fällen von Ergotintabes, welche gleich dem seinigen, ohne Zeichen von Augenaffectionen und mit tiefer Anästhesie verliefen, und kommt endlich zum Schlusse, dass sein Fall „dicht neben der vulgären Tabes stehe".

Die Aetiologie der Tabes wird nach Minor's Ansicht dadurch bereichert, dass seine Beobachtung die Annahme zulasse, die Hinterstrangsklerose sei oft toxischer Natur, worauf neben der oft vorangegangenen Syphilis auch die chronische Bleivergiftung hinweise. Interessant ist dabei, dass der Organismus die Intoxicationen im Bereiche des Nervensystems entweder mit Erkrankung der peripheren Nerven, oder, was häufiger, als man bis jetzt annahm, vorkomme, mit einer Affection der Hinterstränge beantwortet. Für letztere Ansicht führt Tuczek eine Reihe von Beobachtungen über Erkrankungen der Hinterstränge post puerperium, nach Vergiftung mit Absinth, nach Lepra, Pellagra, Scharlach, Diphtherie, Vierordt nach Alkoholismus an. Ausserdem hat Verf. in 2 Fällen von alkoholischer Lähmung neben andern Veränderungen auch solche in den Hintersträngen ohne diffuse Herde gefunden, vor einigen Jahren fand Prof. Koshewnikow in einem Falle von Arsenvergiftung neben äusserst ausgesprochenen Entartungen an den peripheren Nerven Degeneration der Goll'schen Stränge in ihrem ganzen Verlaufe, die cauda equina war unversehrt geblieben. Verf. hat vor Kurzem im Rückenmarke eines diabetischen Knaben lichte Streifen in den Hintersträngen gefunden, endlich sind in letzter Zeit diese bei Anämie verändert angetroffen worden.

„Alle diese Thatsachen stellen die Bedeutung der Hinterstränge „in ein besonderes Licht, welche augenscheinlich solche Stellen des „Centralnervensystems darstellen, die besonders leicht auf vielfältige „allgemeine toxische und den Organismus schwächende Affectionen „reagiren und dadurch eine offenbare Analogie mit den peripheren „Nerven darstellen". Hinze.

---

780) **Gilles la Tourette, Blocq, Huet** (Paris): Cinq cas de maladie de Friedreich. (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière Nro. 2, 3. 1888.)

In Frankreich sind relativ sehr wenige Fälle von Friedreich-'scher Krankheit bisher veröffentlicht worden, im Ganzen 7. Diesen fügen Verf. 5 neue in den letzten Jahren in der Charcot'schen Klinik beobachtete Fälle hinzu. Es betreffen dieselben 4 Weiber im

Alter von 14—24 Jahren und einen Mann von 18 Jahren. Während alle in ihrer Ascendenz Nervenkranke haben, waren bei keinem von den 5 Pat. die Geschwister von einer ähnlichen Krankheit befallen; alle boten ein typisches Bild der Erkrankung: Anfang in der Jugend, meist mit Ataxie der unteren Extremitäten, Romberg'sches Zeichen, Fehlen des Kniephänomens, verlangsamte Sprache, Nystagmus, keine Sensibilitätsstörungen, keine Harnbeschwerden. Der Gang der Pat. ist ein schwankender unsicherer; die Füsse werden abwechselnd auf der gleichnamigen oder auf der anderen Seite der Richtungslinie niedergesetzt; zugleich werden die Beine wie bei Tabes nach vorn geschleudert. Der Fuss zeigt nicht selten die Zeichen eines pes excavatus: abnorm starke Fusswölbung und dem entsprechender Vorsprung des tarsus auf dem dorsum pedis, straffe Anspannung der Sehnen des extensor digit. communis, so dass die Endphalangen in die Luft hineinragen. Eine Reihe von Pat. leiden auch an einer Skoliose der Wirbelsäule. Bei den meisten findet man einen stumpfsinnigen Gesichtsausdruck; sie erscheinen jünger als sie es wirklich sind. Dem entspricht auch der Geisteszustand; die Kranken bleiben wenn auch ihre Intelligenz manchmal ziemlich entwickelt ist, immer grosse Kinder; sie sind einer ernsten Arbeit unfähig, halten sich mit Kleinigkeiten auf und brechen bei der Conversation nicht selten in ein einfältiges langes Lachen aus.

Bei zweien der genannten Pat. beobachten Verf. vorübergehende hysterische Sensibilitätsstörung mit concentrischer Gesichtsfeldeinschränkung und Amblyopie. Strauscheid.

---

781) **Plin et Damaye** (Paris): Des troubles nerveux consécutifs aux fractures de la tête du péroné. (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. Nro. 2. 1888.)

Verf. beschreiben die nervösen Störungen nach einem durch direkte Gewalt erfolgten Bruch des Kopfes der fibula. Während eine complete Lähmung des Nervus peroneus erfolgte, liessen sich sensible Störungen nur im Bereiche des nervus tibialis anticus sive peroneus profundus nachweisen, bestehend in einer zuerst sehr schmerzhaften, dann hypästhetischen Zone, die die Dorsalfläche der grossen Zehe und das innere Drittel der zweiten Zehe umfasst, nach der Malleolengegend hin breiter wird und in Form eines 5–6 Centimeter breiten Streifens längs der vorderen äusseren Partie des Unterschenkels bis zu dessen oberen Drittel reicht. Die Prognose aller derartigen Verletzungen ist eine zweifelhafte, wie auch in unserem Falle das Bestehen der completen Entartungsreaction in den gelähmten Muskeln bewies. Doch wurde Pat. unter Anwendung der statischen Electricität 4 Monate nach dem Unfall geheilt. Strauscheid.

---

782) **M. Lannois** (Lyon): Chorée héréditaire.
(Revue de médecine. 8. 1888.)

Verf. theilt die Krankengeschichte einer Familie mit, wo der Urgrossvater an Chorea litt, desgleichen 5 Kinder und 11 Enkel desselben, während von den Urenkeln nur erst 2 erkrankt waren, die

übrigen zum Theil noch sehr jungen, einstweilen gesund geblieben waren. Doch waren durchaus nicht alle Mitglieder der sehr zahlreichen Familie erkrankt, vielmehr blieben mehrere Kinder des Stammvaters, darunter ein Sohn mit grosser Nachkommenschaft völlig frei, wie auch deren ganze Descendenz.

Die Chorea zeigte den Typus der sogenannten Huntington-'schen Chorea sive Chorea hereditaria, wie er nach den besonders in letzter Zeit zahlreicher mitgetheilten Beobachtungen nunmehr ziemlich allgemein bekannt ist. Sie tritt in der Regel erst im reiferen Alter auf und kennzeichnet sich in aetiologischer Beziehung durch den vorwiegenden und bestimmten Einfluss der Heredität. Sie wird bei Männern und Frauen gleich häufig beobachtet. Selten beobachtet man (Hoffmann), dass die Erkrankung schon in der Jugend einsetzt. In symptomatischer Beziehung gleicht sie ausserordentlich der Chorea vulgaris; wir finden hier dieselben Zuckungen wie dort in Gesicht, Armen, Rumpf und Beinen, von verschiedenster Intensität; der Gang ist unsicher, taumelnd wie der eines Trunkenen. Ein wesentlicher Unterschied gegenüber der Chorea vulgaris ist die Fähigkeit des Willens, zeitweise die incoordinirten Bewegungen aufhören zu machen. In der Regel sind die Sehnenreflexe erhöht. Häufig begegnet man geistigen Störungen, die bald nur eine Intelligenzschwäche, bald völlige Demenz darstellen. Die Prognose ist schlecht, doch ist die Dauer eine recht lange, bis zu 30 Jahren. In diagnostischer Beziehung muss man sich vor allem vor einer Verwechslung mit der maladie des tics convulsifs Charcot's hüten. Eine ganze Reihe der früher unter dem Namen Chorea adultorum oder senilis zusammengefassten Fälle dürfte wohl zur Chorea hereditaria zu rechnen sein, die ein wohlcharakterisirtes Krankheitsbild für sich darstellt.

Strauscheid.

---

783) **Ostwalt** (Berlin): Ueber Chorioretinitis syphilitica und ihre Beziehung zur Hirnarterienlues. (Vortrag in der Berliner mediz. Gesellschaft am 10. X. 1888. Skamper's Bericht in der Deut. Med.-Zeitung).

Schon vor der Erfindung des Augenspiegels hat man syphilitische Amblyopieen gekannt und gewusst, dass dieselben der Quecksilbertherapie zugängig sind, aber erst durch die Anwendung des Augenspiegels hat man die verschiedenen Formen differenziren können. Schon im Jahre 1858 hat Albr. v. Gräfe das besonders häufige Auftreten von dissemenirter Chorioretinitis bei Syphilis erwähnt und hervorgehohen, dass man dabei gelegentlich auch Netzhauttrübungen beobachten könne. Was die Aderhautkrankheiten bei Syphilis betrifft, so unterscheiden sie sich durch keine positiven Merkmale von den aus anderen Ursachen entstandenen. Die syphilitischen Herde können überall sowohl peripher wie central auftreten. Ein weit grösseres Interesse nehmen die syphilitischen Netzhautaffectionen in Anspruch. Eine eigentliche Retinitis syphilitica kennt man erst seit Jacobson's Publikation im Jahre 1859. Sie besteht in einer diffusen grauweisslichen Trübung, welche sich vom Sehnerven über die Netzhaut erstreckt

und mit Vorliebe den grossen Gefässen folgt. Das klinische Bild ist gekennzeichnet durch Abnahme der Sehschärfe, Skotom, Lichtscheu etc. Bezüglich des Befundes des Augenhintergrundes bei Retinitis syphilitica herrscht noch grosse Unklarheit. Gräfe hat im Jahre 1866 eine eigene Erscheinungsform, die sog. centrale rezidivirende Retinitis aufgestellt, die ganz plötzlich auftritt, bei der sich Trübung im Centrum vorfindet und meist kleine herdförmige Exsudate in der Trübung bestehen. Gleichzeitig ist Skotom vorhanden, welches die Trübung der Sehschärfe bedingt. Die Störungen verschwinden nach einigen Tagen wieder, um nach längerer oder kürzerer Zeit von neuem aufzutreten. In den Zwischenpausen ist die Netzhaut wenigstens im Anfange vollkommen normal. Derartige Fälle hat O. in der Literatur nur noch fünf finden können. In der ausserordentlichen Seltenheit, Augen, die mit Ret. syphil. behaftet sind, zur mikroskopischen Untersuchung zu bekommen, ist auch wohl die Erklärung dafür zu suchen, dass bis heute noch keine Klarheit darüber besteht, ob die Netzhautentzündung eine primäre oder erst eine sekundäre Erscheinung im Anschluss an Choroiditis ist.

Als Assistent Hirschberg's hat O. an sieben eklatanten Fällen Beobachtungen gemacht, welche einiges Licht auf die Pathogenese der Affectionen zu werfen scheinen. Diese Beobachtungen fasst er dahin zusammen, dass bei Syphilis zunächst wenige Monate bis höchstens ein Jahr nach der Primärinfection eine centrale Retinitis auftreten kann, welche grauweisse träubchenartige ausserordentlich zarte Herde zeigt, die mit den Endverästelungen der Arterien im engeren Zusammenhange stehen.

In den meisten Fällen sind kleine choroiditische Herdchen an verschiedenen Stellen des Fundus vorhanden, die jedoch auch fehlen können. Feine Glaskörpertrübungen fehlten zuweilen. Fast immer lässt sich ein kleines negatives Skotom nachweisen, meist entspricht demselben ein positives Skotom. Die Sehschärfe ist manchmal beträchtlich zuweilen nur wenig herabgesetzt. Durch Einreibungskuren erreicht man fast immer einen mehr oder weniger vollkommenen Erfolg. Es ist kaum zweifelhaft, das jene Veränderungen wirklich etwas Characteristisches für beginnende Retinitis syphilitica darstellen.

Wie die bisherigen, wenig zahlreichen pathologisch anatomischen Untersuchungen ergeben haben, setzt die Syphilis, wie auch sonst im Körper, so auch in den Augenhäuten ihre Herde zuerst an den Enden der Arterien ab; daher treten dieselben in der Aderhaut an der Stelle der Choriokapillaris, in der Netzhaut im Centrum und eventuell der äussersten Peripherie, den beiden Hauptübergangsstellen der Arterien in die Venen auf. Die Netzhautherde sind ganz unabhängig von den Aderhautherden und sogar, wie bisher immer bei den mikroskopischen Untersuchungen festgestellt ist, durch absolut normale Schichten voneinander getrennt.

Auffallend ist, dass alle bisherigen mikroskopischen Untersuchungen eine der Heubner'schen Hirnarterienveränderungen analoge Veränderungen der Netzhautarterien ergeben haben. Dieser Umstand

sowohl, als die Lage der oben erwähnten kleinen Herde an den Enden der Arterien brachten O. auf den Gedanken, dass den Netz- und Aderhautaffectionen eine semiotische Bedeutung als Vorläufer der Hirnarterienlues zukommen möge. Wie Köster, Baumgarten u. a nachgewiesen, geht die Arteriitis luetica aus von den Vasa vasorum der Adventitia. Es handelt sich also um eine Lokalisation des syphilitischen Virus im kapillaren Endgebiet der Hirnarterien. Zu diesen letzteren gehört nun auch das Endgebiet der Arteria ophthalmica, also die inneren Augenhäute. Während aber die Hirnarterienveränderungen bedeutende Fortschritte gemacht haben müssen, um zu merklichen Hirnfunktionsstörungen zu führen, weil ein so kolossal entwickeltes Anastomosensystem der Hirnarterien besteht, während daher die Symptome der Hirnarterienlues zu den spätesten Erscheinungen sekundärer Lues gehören, machen sich schon die leichtesten Herde in dem so fein reagirenden Augeninnern bemerkbar. Wegen dieser zeitlichen Differenz hat man wohl bisher einen Zusammenhang der beiden Affectionen übersehen. O. ist es jedoch gelungen, aus der Literatur 13 Fälle zu sammeln, wo der erwähnte Zusammenhang bestand.

Man wird daher in Zukunft bei allen Fällen von Hirnarterienlues die Augen schon während des Lebens aufs genaueste ophthalmoskopisch besonders aber nach dem Tode mikroskropisch untersuchen müssen. O. bezweifelt nicht, dass der Zusammenhang der Chorioretinitis syphilitica mit Hirnarterienlues sich dann als ein weit regelmässigerer erweisen wird. Gleichzeitig wird sich dann auch höchst wahrscheinlich reichlicheres Material für erneute mikroskopische Untersuchungen der syphilitischen Augenhintergrundsaffectionen finden, das man bisher so äusserst selten zu erhalten Gelegenheit hatte.

Vor allen Dingen müssen wir in allen Fällen, wo sich die erwähnten Veränderungen des Augenhintergrundes finden, auf's energischste antisyphilitische Kuren durchführen, um den Ausbruch des mit Sicherheit zum Tode führenden Hirnsymptomencomplexes eventuell zu verhindern und die Veränderung in den Hirnarterien möchlicherweise im Keime zu ersticken.

Discusion. Hirschberg: Die syphilitische Retinitis ist naturgemäss eine sehr wichtige und bedeutungsvolle Krankheit. Die Schilderungen, welche sich in vielen der gebräuchlichen Lehrbücher und auch noch in der neusten Monographie „Syphilis und Auge“ von Alexander vorfinden, sind nicht ganz befriedigend, und zwar hauptsächlich desshalb, weil den Autoren histologische Untersuchungen frischer Fälle so spärlich und zu spät zugegangen sind, und weil es ausserordentlich schwierig ist, klinisches Material zu sammeln, um diesem vielgestaltigen Krankheitsbilde gerecht zu werden, und namentlich um die Krankheit bis zu ihren Endausgängen zu verfolgen, wozu eine 10—15 jährige Beobachtung nothwendig ist.

Eine mehr als zwanzigjährige Beobachtung hat H. bisher 3—400 Fälle syphilitischer Retinitis geliefert, denn im ganzen kommen 3—4

Fälle auf 1000 Augenkranke (nicht auf Syphiliskranke). Wie weit die Meinungen auseinandergegangen sind, ist daraus zu entnehmen, dass man sich gestritten hat, ob es sich um eine Retinitis oder um eine Chorioretinitis handelt, ja man hat behauptet, es gebe keine syphilitische Retinitis. H. möchte diesen letzten Satz unterschreiben, nur in anderem Sinne: es gibt nicht eine, sondern mehrere syphilitische Netzhautentzündungen. Bei seinen Mittheilungen über die gewöhnliche Form der syphilitischen Retinitis will sich H. auf seine eigenen Beobachtungen aus der Privatpraxis beschränken, weil man diese am längsten und am genauesten beobachten kann.

Woran erkennt der practische Arzt das Eintreten der syphilitischen Retinitis? Es brauchen nicht immer mehrere Jahre seit der syphilitischen Infektion verstrichen zu sein, vielmehr hat H. ihr Auftreten schon nach 4 - 6 Monaten beobachtet. Es brauchen auch nicht eklatante Erscheinungen vorhanden zu sein. H. hat bei Kranken, welche wegen Bindehautkatarrhs in seine Behandlung kamen, die syphilitische Neuritis fast zufällig entdeckt. Ueberhaupt ist es nicht leicht den ersten Anfang der Affection festzustellen, denn im Beginne ist nicht eine eigentliche und besonders hochgradige Sehstörung, sondern es sind subjective Lichterscheinungen vorhanden. Viele Kranken klagen nur darüber, dass sie schwarze Pünktchen oder Rahmflöckchen sehen. Ein ausserordentliches characteristisches und sehr gewöhnliches Zeichen ist das Flimmern. H. hat schon vor längerer Zeit einmal mitgetheilt, dass dieses Flimmern zwei Monate vor dem ersten Beginn der Sehstörungen und der Veränderungen in dem Augenhintergrunde vorhergehen kann, aber immer ist es vorhanden, wenn die Krankheit vorhanden ist und überdauert dieselbe. Wenn ein Patient, dessen Auge durch die syphilitische Retinitis ziemlich erblindet war, durch eine Merkurialkur geheilt ist, und alle übrigen Erscheinungen geschwunden zind, so können selbst noch nach Monaten und Jahren diese Flimmererscheinungen lange Zeit andauern. Es sind zitternde, hin und her bewegte kleine Flecke und verschieden gestaltete Figuren, welche in der Nähe des Fixirpunktes auftreten und einem Flecke entsprechen, innerhalb dessen das Sehen abgestumpft ist. Förster nimmt an, dass es sich um cirkulatorische Veränderungen in der Netz- und Aderhaut handelt. H. glaubt, dass es sich um eine mehr centrale Stelle der Netzhaut, also um eine Blutgefässerkrankung handelt, und dass in diesen Fällen, wenn der arterielle Blutstrom unterbrochen ist, ausnahmslos eine Periode des Flimmerns vorhergeht. Wenn die Patienten am Tage noch ganz gut feine Schrift lesen können, so sind sie doch Abends daran verhindert und bei weiterem Fortschreiten der Retinitis sehen sie auch am Tage einen Nebel, oder sie sehen die Gegenstände wie durch ein Sieb, sehen sie verzerrt und unter Umständen verkleinert. Bei der Prüfung des Auges findet man eine Herabsetzung der Sehschärfe, namentlich aber eine Herabsetzung des Lichtsinnes. Man findet ferner einen dunklen Fleck oder mehrere in der Mitte oder auch ringförmig um den Fixirpunkt geordnet. Wenn die Krankheit nicht entsprechend behandelt wird, nimmt die Sehstörung zu,

das Gesichtsfeld wird inselförmig, es verschwindet eine Insel nach der anderen, es tritt schliesslich Erblindung ein.

Was hat der Arzt im Beginn dieser Klagen zu erwarten? Als H. vor 22 Jahren in die praktische Augenheilkunde eintrat galt allgemein die Beschreibung von Graefe über die syphilitische diffuse Netzhautentzündung. Genau genommen war dies dieselbe Beschreibung die schon 8 Jahre früher Jacobson als der erste mit grosser Exaktheit geliefert hatte und die auch in viele der heutigen Lehrbücher übergegangen ist; aber dieselben Lehrbücher enthalten auch die Beschreibung der Choroiditis syphilitica, welche Förster im Jahre 1874 beschrieben hat, und diese ist dieselbe Krankheit, welche früher Retinitis diffusa syphilitica genannt war. Förster leugnet das Befallenwerden der Netzhaut nicht, aber er verlegt den Hauptsitz in die Aderhaut wegen der Herabsetzung des Lichtsinns, der Akkomodationsbreite und wegen der Veränderung der Endarterien. Mit dem Namen „Aderhaut“ wird, wie H. meint, ein gewisser Missbrauch in den Lehrbüchern getrieben, als wenn nur die Aderhaut Trübungen des Glaskörpers machte und Pigmentveränderungen immer nur diese beträfen. Die Affection würde besser mit dem Namen „syphilitische Panophthalmie“ gekennzeichnet werden, denn es sind fast alle Theile des Auges befallen, und zwar zunächst die Hornhaut. Die Punkte in derselben sind aber nicht so leicht zu sehen; man muss die Pupille erweitern und einen sehr starken Spiegel anbringen. Regelmässig ist staubförmige Trübung des Glaskörpers vorhanden; sie gehört zu den am spätesten schwindenden Erscheinungen und ist noch nach Jahren in deutlichen Spuren nachweisbar. Unzweifelhaft sind es diese feinen syphilitischen Herdchen, welche das Bild der staubförmigen Trübung machen. In frischen Fällen kann man auch den Sehnervenrand scharf sehen. Ob die Aderhaut von vornherein befallen ist, kann der Augenspiegelbefund nicht lehren.

Dass die Netzhaut von Anfang an leidet, kann man an kleinen umschriebenen Herden sehen, welche sich einerseits an der Peripherie anderseits in der Netzhautmitte finden. Ueber ihre Bildung hat H. bereits im Jahre 1874 Näheres mitgetheilt. Ziemlich rasch entstehen zahlreiche rundliche milchweisse Flecke in der Netzhaut selbst, welche an ihr so haften, wie die Beeren einer Traube an den Stielen. Wenn diese Flecke länger bestehen, werden sie rosafarben, dann gelblichweiss und endlich rein weiss; sie sind entweder zahlreich vorhanden, scharf umschrieben, nicht pigmentirt oder nur wenig, sei es am Rande oder in der Mitte, haben geringe Neigung zum Zusammenfliessen. Nach H.'s Beobachtungen geht es nicht an, diese Flecke später immer als Aderhautherde zu bezeichnen. Schwieriger ist es, die kleinen Flecke in der Aderhautmitte zu sehen. H. hat sich überzeugt, dass die zarten Veränderungen in der Netzhautmitte vielfach übersehen werden. Vor 10 Jahren hat H. einen Fall beobachtet, bei dem die geringe Trübung in der Mitte der Netzhaut, welche der centralen Verdunkelung in der Gesichtsfeldmitte entsprach, aus zarten, kleinen, rundlichen Herden bestand, welche längs den Blutgefässen verliefen. Der Fall wurde

durch Schmierkur geheilt. Seitdem hat H. viele derartige Fälle genau beobachten können. — Was nun die späteren Stadien der syphilitischen Netzhautentzündung betrifft, so treten, wenn die Krankheit wiederkehrt, immer neue Herde auf, der Augengrund wird wie gepflastert.

Die *Therapie* ist im Anfang sehr erfolgreich, sie kann nur eine merkurielle sein und ist ausserordentlich dankbar. Augen, welche fast erblindet sind, werden durch eine mehrere Wochen lang fortgesetzte Schmierkur so geheilt, dass sie feinste Schrift lesen können und diese Heilung bleibt jahrelang; sie besteht z. B. in einem Falle H.'s 18 Jahre. Indessen sind Rückfälle ausserordentlich häufig. Auch diese können noch gebessert und beseitigt werden. Dann giebt es aber einige Ausnahmsfälle, wo trotz wiederholter Inunktionskur die Sehstörungen fortschreiten. Die Blutgefässe werden eng, der Sehnerv atrophisch entartet, und schliesslich wird das Auge unheilbar blind. 10—12 Jahre sind für diesen Ablauf erforderlich. Die Rückfälle und die bösen Ausgänge der Erkrankung sind keineswegs darauf zu beziehen, dass neue Lokalisationen der Syphilis im Augengrunde statthaben, sondern dass es sich um Gefässerkrankung von vornherein handelt. — Die Schwere der Erkrankung zeigt sich noch in den begleitenden und nachfolgenden Hirnerscheinungen, im Schlaganfall bei jugendlichen Individuen, im tötlichen Ausgang. So erinnert sich H. eines Pat., der 2 Jahre nach einer linksseitigen Hemiplegie verstarb, obwohl er die allerschwersten Kuren hier und in Aachen durchgemacht hatte. Das linke Auge, welches 6 Jahre nach der Infection befallen war, war blind geworden, das andere ganz gesund geblieben. Die syphilitische Netzhautentzündung kann durchaus einseitig bleiben, die albuminurische wird immer zu einer beiderseitigen. Bezüglich der Analogie der Netzhauterkrankung mit Hirnarterienerkrankung hebt H. nur den Fall hervor, wo es sich um gröbere klumpige Entzündungsherde handelt, welche bei Glaskörpertrübung an den Arterien haften. Haab in Zürich hat im Jahre 1886 mitgetheilt, dass er eine syphilitische Arterienerkrankung in der Netzhauterkrankung entdeckt habe, indess hat Redner schon im Jahre 1882 einen derartigen Fall beschrieben. Wenn jemand nach längerer Zeit eine Chorioretinitis überstanden hat, so kann er nach Jahren plötzlich von Blutungen heimgesucht werden, welche in den Glaskörper vordringen. Während Virchow, Wagner u. A. schon vor längerer Zeit auf die syphilitische Retinitis hingewiesen haben, ist die Gehirnerkrankung bei syphilitischer Retinitis zur allgemeinen Kenntniss gelangt.

Schweigger unterscheidet zwei Formen von syphilitischer Retinitis; die eine Form kennzeichnet sich durch diffuse Trübung der Retina am Sehnerveneintritt. Man darf dieselbe nicht mit der siebförmigen Glaskörpertrübung verwechseln. Bei nicht erweiterter Pupille ist nicht zu entscheiden, wodurch die Trübung bedingt ist. S. möchte die Retinitis syphilitica zu den frühzeitigen Symptomen der Lues rechnen. Was die rezidivirende Form anlangt, so wird sie mit Recht als Chorioretinitis bezeichnet, weil man im wesentlichen choriodale Veränderungen antrifft. Die Sehstörungen, welche, nachdem schon

Jahre seit der Beseitigung der Retinitis verflossen sind, zurückbleiben, hängen im wesentlichen von Pigmentveränderungen im Choriodalepithel ab. Noch erwähnt S. eine Form von syphilitischem centralen Gesichtsfelddefect, der meist in Form eines positiven Skotoms, d. h. vom Patienten selbst als Schatten empfunden wird. Diese positiven Skotome sind durch Veränderungen der Retina und Choroidea bedingt und es ist bemerkenswerth, dass gerade bei diesen syphilitischen centralen Gesichtsfelddefecten im Anfang ophthalmoscopisch nichts nachzuweisen ist, während doch die Patienten diese positiven Skotome sehen. Was den Zusammenhang mit malignen Leiden betrifft, so wird wahrscheinlich in den meisten Fällen, wo ein Zusammenhang zwischen einem Allgemeinleiden mit Netzhauterkrankung besteht, derselbe durch Gefässerkrankung vermittelt. Allerdings muss man etwas vorsichtig sein, alle Veränderungen des Auges auf das Allgemeinleiden zu beziehen. So ist z. B. bei Diabetes mellitus der Zusammenhang dieser Affection mit Augenerkrankung keineswegs so häufig und spielt durchaus nicht eine solche Rolle, wie ihm gewöhnlich zugeschrieben wird.

Ostwalt betont, dass das von den Rednern Angeführte bekannt sei, während er als neu in seinem Vortrage den Zusammenhang der Chorioretinitis syphilitica mit Hirnarterienlues erwiesen habe.

Hirschberg verweist auf eine Anzahl seiner Abhandlungen aus den siebziger Jahren, in denen dieser Zusammenhang bereits hervorgehoben sei.

---

784) **F. G. Tookes** (Blundellsands): Case of epileptiform seizure with unusual phenomenea. (Ein Fall von epileptiformer Attake mit ungewöhnlichen Erscheinungen.) (The Lancet. 15. Septemb. 1888.)

Eine Frau wurde, nachdem sie schon früher zwei Mal einen epileptiformen Anfall überstanden, von einem solchen wieder eines Tages heimgesucht, während dessen sie auf den Fussboden fiel, wo man sie alsbald in einem tiefen Collaps, dem sich dann Sprachstörungen anschlossen, fand.

Wie T. wähnt, rühren diese seltenen postepileptiformen Erscheinungen von Herzthrombose, die sich während des Verlaufs des Paroxismus, vielleicht unter Concurrenz einer Erschütterung in Folge des Falles auf den Fussboden entwickelte, her.

Nebenbei bemerkt, war der Erfolg der Tinct. Strophanthi gegen die sehr bedenkliche Herzadynamie ein so eclatanter, dass man in solchen Fällen die Hoffnung auf Erhaltung des Lebens nicht eher als mit dem Eintritt des Todes aufgeben soll. Pauli.

---

785) **Selden H. Talcott** (Middletown, N.-Y.): Traumatic insanities and traumatic recoveries. (American journal of insanity. Juli 1888.)

Ein 18 jähriger junger Mann fiel Anfangs October 1887 von einer hohen Leiter herab auf den Hinterkopf und blieb darnach mehrere Stunden bewusstlos. Nach dem Erwachen waren Sprache so-

wie Gedächtniss verschwunden, das Hörvermögen sehr stark beeinträchtigt; dagegen las er gut Geschriebenes und antwortete schriftlich darauf. Mehrere Wochen später wurde er, als er in einem Anfalle von Tobsucht seine Mutter zu ermorden drohte, in die Irrenanstalt gebracht. Hier erlangte er schon am zweiten Tage nach voraufgegangenem heftigen Kopfschmerze Sprache, Gedächtniss u. Gehör wieder, während er von der $1^1/_2$ Monat langen Krankheitsepisode gar nichts wusste.

Eine 37 jährige Telegraphistin wurde im Jahre 1887 wegen einer Manie in die Anstalt aufgenommen. Sie hatte im 18. Lebensjahre eine Depressionsfraktur des Schädels in der Scheitel- und Stirngegend durch einen auffallenden Ziegelstein erlitten. Bei der damaligen Trepanation behufs Aufrichtung des dreprimirten Stückes wurde der sinus longitudinalis eröffnet. Nach Ausbruch der anscheinend ohne besondere Veranlassung entstandenen Manie brachte eine neuerliche Trepanation und Entfernung eines eingedrückten Knochenstückes keinen Erfolg. Die Manie nahm ruhig ihren weiteren Verlauf und heilte nach einem halben Jahre.

Ein 24 jähriger Mann, der schon 6 Anfälle von Manie überstanden hatte,, deren jeder 3 bis 18 Monate dauerte und von dem folgenden durch eine 6 bis 12 monatliche Zwischenzeit getrennt war, wurde im Jahre 1877 wegen eines 7. Anfalles aufgenommen. 2 Tage nach der Aufnahme fiel er bei Gelegenheit einer Turnübung auf den Kopf und wurde kurze Zeit nachher bewusstlos. Als er sich einige Tage darauf von dem Unfalle langsam erholte, ward er gesund und blieb es bei eifriger Thätigkeit in seinem Berufe mindestens $3^1/_2$ Jahre lang, von wo ab er aus den Augen verloren wurde.

Ein 38 jähriger Zimmermann erkrankte im Jahre 1881 an Verfolgungsideen verbunden mit Hallucinationen, die bald seine Aufnahme in eine Irrenanstalt nöthig machten. Dort blieb er unverändert, bis er am 23. Dec. 1882 mit einer eisernen Feuerzange einen Schlag auf den Vorderkopf erhielt, der eine stark blutende Wunde verursachte. Schon am anderen Morgen war Pat. von seinen Verfolgungsideen geheilt und blieb es auf die Dauer.

Verf. lehnt es ab, schon jetzt eine Erklärung für diese so ausserordentlich verschiedene Wirkungsweise eines Kopftraumas zu geben die ja doch nur eine hypothetische sein könnte.

Strauscheid.

---

786) **Deny** (Paris): Note sur un cas d'imbecillité consécutive à une hydrocéphalie ventriculaire avec arrêt de developpement de certaines parties du cerveau. (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. Paris No. 3. 1888.)

Verf. beobachtete in Bicêtre einen 50 jährigen Idioten, dessen Schädel einen starken kegelförmigen Ursprung am Hinterhaupte zeigte, während 2 kleinere Höcker in der Stirngegend und Scheitelgegend existirten. Pat zeigte keinerlei Motilitäts- oder Sensibilitätsstörungen. Nach einem Jahre starb er plötzlich ohne vorhergehende Convulsionen oder Coma. Ausser mässigen phthisischen Lungenveränderungen fand

man bei der Autopsie einen Hydrocephalus internus mit vorzüglicher Ausweitung des Hinterhorns, totalen Mangel des Balkens, des septum pellucidum, des fornix, des gyrus corporis callosi, Unregelmässigkeiten der gyri der inneren Hemisphaerenfläche, beträchtliche Atrophie der thalami optici und des nucleus caudatus. Ueber den thalamus opticus verläuft beiderseits von hinten nach vorn ein Streifen weisser Substanz — die unentwickelte Anlage des Gewölbes und Balkens. Strauscheid.

---

787) **von Krafft-Ebing**: I. Gefährliche Bedrohung. Paranoia persecutoria im Beginn. Gerichtsärztliches Gutachten. (Friedreich's Bl. f. ger. Med. u. s. w. 39. Jg. 6. H. Sept. u. October 1888.)

Akten: Der Knecht Anton N. erscheint am 18. Mai 1888 Abends 9 Uhr in dem Hause seiner früheren Dienstherrschaft L. und betheiligt sich an der Todtenwache für den Sohn des Hauses, wobei er dem Most tüchtig zuspricht. Er ist bald ziemlich betrunken, belästigt die Anwesenden und schimpft die Töchter vom Hause. Am Morgen des 19. wird er nur durch Dazwischenkunft eines dritten daran verhindert, den schlafenden P. mit einer Hacke zu erschlagen und verletzt ihn dabei leicht unter dem rechten Auge. Nachmittags durch Gensdarmen verhaftet, stösst er Drohungen aus und schimpft dieselben, macht aber auf sie den Eindruck eines nicht ganz Zurechnungsfähigen. Im Verhöre am 20. 5. wird betreffs seiner Antecedentien Folgendes konstatirt:

N. ist ledig, 19 J. alt, im Findelhause zu Wien geboren; 1885 wegen Majestätsbeleidigung und öffentlicher Gewaltthätigkeit mit 6 Monaten Kerker bestraft, sollte lügenhaft, arbeitsscheu und streitsüchtig sein. 1887 wegen Beschimpfung eines Sicherheits-Wachtmannes mit 7 Tagen Arrest bestraft. Betreffs der Vorgänge in der Nacht zum 19. 5. giebt N. an, durch zwei Unbekannte zum Streite provocirt und dann unschuldig verhaftet worden zu sein. N. hat sich schon in dem früheren Dienste sehr auffallend benommen. Ebenso musste ihm von dem Hause L. wegen Dienstvernachlässigung und Brutalität am 22. 4. gekündigt werden. Von einer Waffenübung heimgekehrt, brutalisirt N. am 11. 5. dem schwerkranken Sohn des Hauses. In früheren Zeiten war er ordentlich, wurde sogar beim Militär belobt.

Exploration am 5. 6. 1888. N. will mit Erfolg die Volksschule besucht, dann als Knecht und 4 Jahr beim Militär gedient haben. Schwere Erkrankungen und Missbrauch geistiger Getränke stellt er in Abrede. Betreffs der Vorgänge bei der Todtenwache wiederholt er die obigen Aussagen und zeigt nur summarische für die strafbaren Handlungen ganz fehlende Erinnerung. Er fühlt sich seit geraumer Zeit verfolgt; auch seine Verurtheilung wegen Majestätsbeleidigung war ungerecht. Seit dem Tode des Dienstherrn, April 1888, konnte er es Niemanden recht machen. Man schaute ihn feindlich an und wollte ihn los sein. Hier zeigen sich unlogische Deutungen harmloser Begebenheiten und illusorische Wahrnehmungen.

Explorat hat einen schiefen Schädel und zwar ist die linke Schädel-

hälfte weniger entwickelt, als die rechte, während der rechte Stirnhöcker mehr als der linke hervorspringt.

Gutachten: Die Aenderung des Wesens des Exploraten erklärt sich daraus, dass er aus unrichtigen Wahrnehmungen falsche Urtheile und Schlüsse zieht. Explorat leidet an Wahnsinn (Verfolgungs-Wahnsinn) und befand sich ausserdem in der Nacht auf den 19. unter dem Einfluss von Alkohol-Uebergenuss, woraus sich die theilweise Amnesie erklärt. Explorat hat noch keine fixen Wahnideen, ist aber bereits jetzt gemeingefährlich.

II. Alkoholismus chronicus. Eifersuchtswahn. Mord der Ehefrau. Gerichtsärztliches Gutachten.

Der Zimmermann C. P. von F., Trinker, kehrt am 17. 4 Abends angetrunken nach Hause zurück, geräth mit seiner sehr ordentlichen Ehefrau in Streit und erschlägt sie, indem er ihr mit der Axt den Schädel zertrümmert. Er thut dann im Wirthshause Aeusserungen, die auf Prämeditation schliessen lassen. Im ersten Verhör am 18. 4. früh gesteht er seine That und motivirt sie mit ehelicher Untreue und Streitsucht seiner Frau, beschuldigt sie auch später des versuchten Gattenmordes durch Gift. Der Aeusserungen über Prämeditation weiss er sich nicht zu erinnern. Die Hauptverhandlung wird vertagt, weil P. gerichtsärztlich für einen schweren Alkoholisten erklärt wird.

Gerichtsärztliche Exploration 1. u. 4. 7. 1888.

Explorat, der anscheinend die Wahrheit sagt, räumt den Trunk ein und macht den Eindruck eines Säufers. Er schildert die bekannten Beschwerden des Alkoholisten, wie Hallucinationen des Gesichts und morgendliche Anfälle von taedium vitae, die erneutem Schnapsgenuss zu weichen pflegten. An dem Wahn ehelicher Untreue seiner Frau hält P. mit gewohnter schwachsinniger Motivirung fest. P. zeigt hochgradige Gemüthsstumpfheit. Pupillen mittelweit, Zunge zittert stark, chronischer Rachencatarrh. Puls tard, Herztöne dumpf. Rechtes Auge schwachsichtig. Sensibilität der Vorderarme und Unterschenkel sehr herabgesetzt.

Gutachten: Zum chronischen Alkoholismus gesellt sich bei P. der specifische alkoholische Wahnsinn und macht ihn zum Mörder seiner Ehefrau. Da Explorat z. Z. noch geisteskrank und gemeingefährlich ist, so bedarf er der Unterbringung in einer Irrenanstalt.

Landsberg.

---

788) **Nötel:** Bericht über die Rheinische Provinzial-Irren-Anstalt Andernach in den Jahren 1880—1887. (Schluss.)

Die der Anstalt seit 1881 zur Beobachtung übergebenen *forensischen Fälle* lassen sich nicht gut kurz zusammenfassen, bieten aber des Interessanten viel und werden besser im Original nachgelesen. Die Schlussfolgerung geht dahin, dass durch ein richtiges Erkennen und

Beachten der psychischen Degenerationszustände sowohl, wie der ausgebildeten Geistesstörung das Publikum vor manchem Schaden und vor Unglücksfällen bewahrt bleiben könnte. Es möchten daher Publikum wie Behörden sich daran gewöhnen, etwas mehr als bisher auf die ihnen vorkommenden Fälle von Geisteskrankheiten oder zweifelhaften Geisteszustandes zu achten und dort sich Rath holen, wo sie wirklich zweckentsprechenden nur erwarten können, nämlich beim sachverständigen Arzt.

Therapeutisch kamen die allgemeinen feuchten Einpackungen in den 10 Jahren seit Bestehen der Anstalt häufig zur Anwendung, meistens bei solchen Fällen, wo die sonstigen gebräuchlichen Mittel im Stiche gelassen hatten. Die Dauer der Einwickelung betrug 5 Tage bis 6 Monate. Was den Erfolg betrifft, so wurden von 28 Maniacalischen 13 bei Nacht andauernd ruhig und bei Tage so weit, dass sie nichtisolirt zu sein brauchten. 10 wurden zeitweise ruhig, bei 5 blieb der Effect aus. Von 4 Fällen von Manie mit Stupor gelang es unter 3 Fällen die plötzlichen Angriffe während des Stupors zu beseitigen. Von 3 Einfach-Melancholischen wurde eine wegen Schlaflosigkeit, eine wegen Jammerns gewickelt, beide mit Erfolg. Die Dritte, welche ebenfalls jammerte, wurde nur zeitweise beruhigt. Von 3 Melancholischen mit Stupor, die an starker Cyanose, Kälte der Extremitäten, hydropischen Anschwellungen etc. litten, wurden 2 mit vorübergehendem, 1 mit gutem Erfolg gewickelt. 4 Fälle von acutem Wahnsinn hielten schon nach wenigen Tagen Ruhe. Bei 8 Fällen andrer Formen wurde mehr oder weniger der Zweck erreicht. Ein schädlicher Einfluss wurde nicht beobachtet, dagegen hob sich in mehreren Fällen das Allgemeinbefinden und das Körpergewicht sichtlich. —

Von weiteren therapeutischen Maassnahmen ist die *künstliche Fütterung* zu erwähnen. Es wurde als Futtersuppe dreimal täglich verwandt: ein halbes Liter Milch, 2 – 3 Eier und 50—100 gr. Zucker mit einem Glase eines alkoholischen Getränkes. Ein übler Einfluss auf die Psychose trat nicht ein. Die Fälle von Nahrungsverweigerung scheinen in der letzten Zeit zuzunehmen. Von 41 Gefütterten waren 17 M. 24 W. Die Fütterungen wurden in den meisten Fällen bis etwa 2 Monate und darüber, einmal über ein Jahr durchgeführt.

Von neuen Mitteln wurde *Urethan* erprobt, doch sind die Resultate in Erregungszuständen und anderen Psychosen nicht sehr ermuthigend gewesen. Bei den meisten Fällen musste schon nach wenigen Tagen eine grössere Dosis genommen werden. Am besten wirkte das Mittel bei Schlaflosgikeit von Verrückten.

Antipyrin hat auch in Andernach die übrigen Fiebermittel nahezu verdrängt.

Die Versuche mit *Natron nitrosum* gegen die verschiedenen Arten von Kopfschmerzen waren so wenig ermuthigend, dass sie bald wieder ausgesetzt wurden. Dagegen wurden und werden die Versuche

mit *Naphtalin* noch fortgesetzt; das Mittel beseitigt ganz den üblen Geruch bei den meisten unreinlichen Kranken. Es wurde unter Beimischung von O. Bergamott. eine Dosis von einem halben Gramm öfters täglich gegeben. 4—6 gr. in einem Althee-Decoct p. anum beigebracht, hatte dieselbe Wirkung, wenn auch nur vorübergehend.

Cocain. mur. wurde in 10 Fällen angewendet, blieb aber ohne jeden sichtbaren Eindruck auf das Wohl- oder Uebelbefinden des Kranken und auf ihre Psychose.

Bromkalium wurde bei den Epileptischen mit dem Erfolg gereicht, dass die Mehrzahl der Kranken schon bei kleinen Dosen weniger Anfälle zu verzeichnen hatte. Bei grossen Dosen hatten alle weniger, einzelne bedeutend weniger Anfälle. Ein völliges Verschwinden der Anfälle wurde bei Keinem beobachtet. Neuendorff.

789) **A. R. Turnbull** (Tife): Some remarks on Boarding- out as a mode of provision for pauper insane. (Ueber familiäre Verpflegung armer Geisteskranker.) (Journal of mental science Oktober 1888.)

Die grosse Ueberlastung aller staatlichen Irrenanstalten zwingen uns, uns nach anderen Arten der Irrenverflegung umzusehen. In einer Anzahl von Fällen ist nun die familiäre Verpflegung der Geisteskranken nicht nur im Stande, die Irrenanstalt entbehrlich zu machen, sondern leistet vielleicht noch mehr wie diese. Der Preis der Verpflegung in Privatwohnungen beträgt in Schottland nur etwa die Hälfte des Preises für den Aufenthalt in Irrenanstalten. Für die familiäre Verpflegung ist ausser der Auswahl der geeigneten Patienten auch eine Anzahl guter Hüter, die übrigens an aller Orten in genügender Zahl ausgebildet werden können, und eine amtliche Inspection nöthig. Von Patienten sind für diese Art der Behandlung besonders geeignet Imbecille, die sich im Leben nicht halten können, sowie diejenigen, welche an einer erworbenen chronischen Geisteskrankheit, meist Dementia, leiden, falls sie weder für sich noch andere gefährlich sind, die öffentliche Schicklichkeit nicht beleidigen und keine zu grosse Neigung zu sexuellen Excessen zeigen. Verf. glaubt nach den schottischen Verhältnissen schliessen zu dürfen, dass etwa 28% aller armen Geisteskranken in familiäre Verflegung gegeben werden können. Es kann nicht zweifelhaft sein, dass letztere manche vor völliger Demenz rettet, der sie in der Irrenanstalt sicher verfallen wären; auch kommen nicht selten noch Heilungen vor, wie Verf. an 2 Fällen zeigt, bei Patienten, die wohl in der Irrenanstalt geistig völlig zu Grunde gegangen wären. Strauscheid.

III. Aus den Vereinen.

XIX. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte am 27. und 28. October in Karlsruhe.

(Münch. med. Wochenschrift 1888. 46. Bericht von Dr. Cramer.)

(Schluss.)

Sitzung am 28. October, Morgens 9 Uhr.

Zu Geschäftsführern für das nächste Jahr werden Geh. Hofrath Schüle (Illenau) und Director Dr. Karrer (Klingenmünster) gewählt. Es folgen die Vorträge:

790) **Buchholz** (Heidelberg): *Ueber Muskelveränderungen bei Psychosen.*

Die zwei Kranken B's., hereditär belastet, boten beide das Bild des Delirium acutum. Unter heftiger motorischer Erregung, offenbar in Folge von massenhaft auftauchenden Hallucinationen, mussten die Kranken meist isolirt gehalten werden und zerschlugen sich dabei das Fettpolster in einer enormen Weise. Bald trat Hand in Hand mit einem immer heftiger, aber ohne nachweisbaren Grund, auftretenden Fieber und unter reichlicher Albuminurie ein rascher Kräfteverfall ein, welcher in beiden Fällen im Verlauf der 3. Woche den Tod herbeiführte. In beiden Fällen bestätigte die Section die intra vitam auf Fettembolie gestellte Diagnose. Ein besonderer, etwa für die Krankheitserscheinungen charakteristischer pathologisch-anatomischer Befund fand sich in keinem von beiden Fällen, dagegen zeigten die Muskeln bei genauer mikroskopischer Betrachtung das ausgesprochene Bild der wachsartigen Degeneration, wie Vortragender an der Hand genauer Abbildungen der Versammlung demonstrirte.

In beiden Fällen fand sich ausserdem als zufälliger Befund eine Leptomeningitis nebst einer Randmyelitis im Rückenmark.

Im Rückenmark des zweiten Falles liess sich auch eine auffallende Asymetrie nebst einer Heterotopie der grauen Substanz nachweisen.

Discussion: Geh. Hofrath Schüle (Illenau) frägt ob B. diese Veränderung auch noch bei anderen z. B. chronischen Kranken gefunden habe. Schüle hat auch bei Paralytikern eine wachsartige Degeneration gefunden.

Buchholz dehnte seine Untersuchungen vorläufig nicht auf andere Fälle aus, glaubt aber nicht, dass dieser pathologisch-anatomische Befund ein besonderes Charakteristicum des Delirium acutum sei.

Prof. Emminghaus macht darauf aufmerksam, wie oft hereditäre Belastung mit Asymetrien oder Verbildungen im Centralnervensystem Hand in Hand gehen, wofür auch der zweite Fall B's. als Beleg dienen kann.

791) **Kny** (Strassburg): *Therapeutische Wirkungen des Hyoscins.*

Kny verwandte zu seinen Versuchen das Hyoscinum muriaticum (Merck). Nachdem er sich überzeugt hatte, dass bei der subcutanen

Anwendung des Mittels die unangenehmen Nebenwirkungen in keinem Verhältniss zu den therapeutischen Erfolgen stehen, gab er das Mittel *innerlich* und hat damit sehr zufriedenstellende Resultate erzielt. Es erhielten 88 der verschiedensten Krankheitsgruppen angehörige Patienten der Strassburger Irrenklinik 3000 Einzeldosen. In $82^{2}/_{10}$ Proc. war der Erfolg sehr günstig, es trat nach spätestens 1—2 Stunden ein 6—8 stündiger Schlaf ein. Die meisten Misserfolge wurden bei Schlaflosigkeit *ohne* motorische Erregung beobachtet. Am günstigsten wirkte das Mittel bei Schlaflosigkeit verbunden mit heftigen motorischen Erscheinungen z. B. bei Manie und Paralyse. Die Dosis betrug $^{1}/_{2}$—1 mg., in der Regel tritt Gewöhnung ein, so dass die Dosis gesteigert werden muss 3 mg pro die war die höchste Dosis.

Nur in einem Falle war das Mittel ganz erfolglos. Die selten beobachteten unangenehmen Nebenerscheinungen bestanden in Klagen über Trockenheit im Halse und über Durstgefühl. Auch für Herzkranke ist das Mittel nicht sehr gefährlich, bei einer Aorteninsufficienz wurde das Mittel ohne jeden Nachtheil gegeben. Die Vorzüge des Mittels sind die absolute Geschmacklosigkeit und die leichte Löslichkeit, sowie die grosse Billigkeit des Präparates (1 g kostet 26 Mark). Es wurde nie beobachtet, dass Kranke mit Hyoscin versetzte Speisen zurückwiesen, während mit Sulfonal (Bayer) vermischte Nahrungsmittel wegen des bittern Geschmacks öfters von den Kranken nicht genommen wurden. Besonders günstig fand Kny die Wirkung bei frischer Manie, welche in ihrem Verlauf auch abgekürzt wurde. Das Hyoscin steht bei aufgeregten Kranken als Hypnoticum obenan, während das Sulfonal bei ruhigen schlaflosen Kranken vorzuziehen ist. Bei verschiedenen Nervenkrankheiten (Paralysis agitans, Intentionstremor bei multipler Sklerose) hat sich das Hyoscin als ein palliatives Mittel erwiesen.

Discussion: Prof. Kirn (Freiburg) bestreitet, dass das Sulfonal (Bayer) den Speisen einen bittern Geschmack verleihe.

Cramer (Freiburg) glaubt, dass der bittere Geschmack des Sulfonals, den er auch ab und zu beobachtet hat, auf einer zufälligen Verunreinigung des Präparates beruht.

Zacher hat bei Darreichung des Hyoscins starke Verdauungsstörungen und Speichelfluss beobachtet.

Kny hat wohl auch ab und zu Verdauungsstörungen beobachtet, dieselben geben aber zu keinen ernsten Bedenken Veranlassung.

Prof. Emminghaus betont, dass man vorsichtig sein müsse bei Herzkrankheiten, dass namentlich der unschädliche Einfluss eines Narkoticums bei einer Aorteninsuffienz noch nicht den Schluss zulasse, dass das Mittel nun auch bei anderen Herzaffectionen ohne Gefahr gereicht werden könne. Nach seinen Erfahrungen seien es besonders die braune Atrophie des Herzens, das Fettherz und die Arteriosklerose der Kranzarterien, welche bei Geisteskranken häufig auftretend, zu Vorsicht in der Anwendung der Narcotica mahnen.

Prof. Jolly ist auch dagegen, dass man die mit Narcoticis bei einer Aorteninsuffienz gemachten Erfahrungen verallgemeinere, hat aber ein besonderes häufiges Vorkommen der von Emminghaus genannten Herzaffectionen bei Geisteskranken nicht beobachtet.

792) Prof. **Kirn** (Freiburg): *Ueber geminderte Zurechnungsfähigkeit.*

Kirn betont zunächst die Lücke in unserem Strafgesetzbuch, welches ohne weiteren Uebergang von der Zurechnungsfähigkeit auf die Unzurechnungsfähigkeit überspringt und auf welche Jolly bereits ausführlich hingewiesen hat. Nach seinen eigenen Erfahrungen und den Befunden in der Literatur kommen nur selten Menschen, welche unzurechnungsfähig sind in eine Strafanstalt, die meisten befinden sich im Zustande geminderter Zurechnungsfähigkeit.

Am häufigsten sind die Sittlichkeitsvergehen (Unsittliche Handlungen mit Kinder unter 14 Jahren. Widernatürliche Unzucht.). In zweiter Linie kommen Verbalinjurien. Am dritthäufigsten sind die thätlichen Angriffe (auch beim Militär). Sodann folgen in vierter Linie Mord und zuletzt der Diebstahl.

Die geminderte Zurechnungsfähigkeit ist theils angeboren, theils erworben. Der überwiegende Procentsatz betrifft die angeborenen psychischen Schwächezustände (Imbecillität). Die erworbenen psychischen Schwächezustände vertheilen sich hauptsächlich auf die Gruppen der Epileptiker, Traumatiker und Alkoholiker.

Unter den 55 eigenen Beobachtungen Kirn's fanden sich 18 mit angeborenem Schwachsinn. Von diesen 18 verfielen 10 wegen Unzucht, 3 wegen Brandstiftung dem Strafgesetzbuch. Die übrigen 5 vertheilen sich auf die auch oben genannten Gruppen.

Von 11 mit Moral insanity behafteten Individuen Kirn's verübten 4 Unzucht, 4 Diebstahl, 2 Majestätsbeleidigungen und nur 1 einen Betrug.

3 der Gefangenen Kirn's litten an einer epileptischen Psychoneurose, 2 davon brachte schwere Körperverletzung, einen Unzucht mit Kindern in Haft. Unter 4 Traumatikern hatten 3 Diebstahl, einer schwere Körperverletzung sich zu Schulden kommen lassen. Von 4 an chronischem Alkoholismus leidenden Individuen hatte 2 Körperverletzung, einen Unterschlagung einen ein Vergehen gegen die Sittlichkeit in's Gefängniss geführt. 8 Menschen im ersten Stadium der Dementia senilis hatten sich sämmtlich Vergehen gegen die Sittlichkeit zu Schulden kommen lassen (meist Unzucht mit Kindern). Die Mehrzahl derselben verfiel bald in völlige Demenz. 6 mal beobachtete Kirn conträre Sexualempfindung. 3 mal Päderastie und 3 mal andere perverse Geschlechtstriebe.

Nur bei einer geringen Minderzahl der aufgeführten Individuen waren mildernde Umstände angenommen, obschon bei allen eine mehr oder weniger deutlich geminderte Zurechnungsfähigkeit nicht zu verkennen war.

Discussion: Geh. Hofrath Schüle referirt über die von Prof. Jolly angeregten Verhandlungen über die geminderte Zurechnungs-

fähigkeit auf der diesjährigen Psychiaterversammlung zu Bonn. Trotz verschiedener Einsprache beschloss schliesslich die Versammlung, die Frage nicht mehr von der Tagesordnung verschwinden zu lassen und inzwischen Material zu weiterem Vorgehen zu sammeln.

Auf allgemeines Verlangen berichtet Prof. Emminghaus über einen Mörder, welchen er zu begutachten hatte und bei welchem ebenfalls eine verminderte Zurechnungsfähigkeit in Betracht kam. In diesem Falle hatte der Staatsanwalt, da von geminderter Zurechnungsfähigkeit im Gesetzbuch keine Rede ist, Bestrafung wegen Todtschlags und nicht wegen Mordes beantragt, weil bei letzterem keine mildernden Umstände zulässig sind.

Um 12 Uhr wird die Versammlung geschlossen.

Mittheilungen der Redaction.

1. Wir theilen den Lesern ergebenst hierdurch mit, dass **Titel, Inhaltsverzeichniss und Register** diesmal besonders ausgegeben und spätestens in 8 Tagen in den Händen der Leser sein werden.
2. Wir danken allerseits für die reichliche Einsendung von **Separat-Abdrücken, Dissertationen, Vereinsberichten u. s. w.** und bitten auch fernerhin um diese Zusendungen.

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten, das Abonnement auf das I. Quartal 1889 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig. Druck von **Philipp Werle** in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Alphabetisches Inhaltsverzeichniss.

Die Zahlen beziehen sich auf die Seiten. Die Namen der Verfasser sind gesperrt gesetzt.

Abbe 318.
Abercrombie 78.
Abstinenz, sexuelle 523.
Accessoriuslähmung 169 (traumat.).
Accomodationsparalyse 317.
Achard 265.
Acromegalie 364.
Acrophobie 366.
Actynomykose 6 (Gehirn).
Adaption des Auges 50.
Addison'sche Krankheit 34, 98.
Aethermissbrauch 361.
Affect 104 (als Krankheitsursache).
„ 499, 543 (als Todesursache).
Agraphie 202.
Alcoholismus 49. 71. 90. 280. 288 (Mordthaten). 713 (Hypnose). 746.
Alezais 96.
Algeri 269.
Allochirie des Gehörs 134, 186.
Amaurose 94 (hysterische).
Amblyopie 142 (hysterische b. Mann).
Amnesie 71 (potatorum).
„ 134 (verbale).
Amoniumsalze 209.
Amylenhydrat 83, 175, 360, 684.
Anaesthesie 265 (hysterische).
Andernach (Bericht) 485. 687. 746.
Angina pectoris 257 (syphilit.).
Angioneuroseu 395.
Anopsie 603 (corticale).
Anorexie 427 (nervöse).
Antagonismus der Gifte 527.
Anthropologie 534, 575.
Anthropometrie bei Prostituirten und Verbrechern 5, 72, 256.
Antifebrin 113.
Antipyrin 148. 211 (Vergiftnng). 245 324 (Hypnoticum) 482. 526.
Anurie 203 (reflectorische).
Aphasie 45, 165 (wiederkehrende). 202. 225. 226 (choreatische). 242 (reflect.). 267 (bei Linkshändern). 351 (Varietäten). 420, 503 (sensorische). 455 (Leitung). 460, 505 (Gehirnbefund). 624 (nach Schädelverletzung).
Aphonie 292 (hysterische).
Apoplexie 265 (hysterische).
Arachnitis 479.
Armanni 298.
Armeignac 94.
Arndt, 166, 308, 352, 448.
Arthaud 30.
Arthralgie 196 (hysterische).
Arthropathie 161 (Tabes).
Asphyxie 278, (locale). siehe Gangrän.
Asthma 46.
Atavismus 274.
Ataxie 10 (progress. spastische). 14 (nach Diphtherie). 59 (paraplegische). 172, 263 (Muskelsinn). 265 bei Thieren). 290 (hereditäre). 318 (alcoholische). 547 (bilaterale).
Athembewegung, experimentelle 446.
Athetose 519 (doppelseit.). 527 (einseit.)
Athmung 306 (Trigeminus).

Atrophie allgemeine 95 (Hysterie).
Aubry 493.
Audry 664.
Aufrecht 145.
Augenmuskellähmung 150, 275 (nucl.). 590 (alcoholische).
Aura epileptica 397.
Autosuggestion 335.
Avellis 83.
Awtokratoff 394.

Babinsky 84, 188, 278.
Baillarger 362.
Bailly 92.
Baker 526.
Bakker 267.
Balkenmangel bei Idiotie 744.
Ball 58, 334.
Ballet 302, 336, 426, 527, 605.
Banham 174.
Baratoux 542.
Barrie 474.
Bartels 153.
Baruch 142.
Basedow'sche Krankheit 34, 98, 143, 302, 516, 591, 592, 715.
Bastian 293, 351.
Baumgarten 90.
Beach 215, 281, 711.
Beale 266.
Beaunis 788.
Bechterew 37, 41, 43, 162, 599, 601.
Bell 287.
Benda 444, 465.
Benedikt 634, 639.
Berbez 84, 204.
de Berdt Hovell 426.
Berger 557.
Berger H. 25.
von Bergmann 457.
Bernardini 270, 297.
Bernhardt M. 275, 340, 414, 433, 445, 721.
Bernheim 96.
Berührungsfurcht 686.
Bewegungsstörung 173 (undefinirte).
Bewusstsein 368 (doppeltes).
Bianchi 298.
Binz 209.
Blake 428.
Blase 555 (Neuralgie).
Bleivergiftung 31.
Blin 519.
Blocq 169, 279, 518, 519, 735.
Blumenau 662.
Blyth 201.
Boccolari 548.
Bochi 234.
Boerner 399.
Boerner E. 497.
Bollaan 470.
Bollinger 6, 543.
Booth 321.
Borgherini 44, 727.
Borosdina-Rosenstein 398.
Bottey 292.
Boubila 482.
Boucheron 557.
Bouillard 217.
Bourgougnon 479.
Bourneville 8, 90, 92, 176.
Bourru 95.
Brabaker 315.
Bramwell 172, 514.
Brandstifter 494. 655. 116, 430 (Gutachten).
Bressler 326.
Breslau (Irrenversorgung) 442.
Brieger 314.
Briggs 134.
Brissaud 85.
Bristowe 172.
Brouardel 526.
Brown 60.
Browning 15.
Bruce 165.
Bruns 200.
Buchholz 503, 749.
Bürr 26.
Bulbär-Erkrankung 99.
„ Paralyse 590 (apoplectiforme).
Bull 150.
Bullen 202.
Burckhardt G. 15.
Burot 63, 96.
Bury 425.
Buschan 360.
Buss 80.
Butlin 82.

Calmettes 281.
Campbell 59, 710.
Caradrelli 656.
Carrazzani 447.
Carini 367.
Carlsen 398.
Carter 172.
Caw 80.
Centralfurchen und Windungen 393 (Abnormer Verlauf).
Centralnervensystem, Härtung 444, 465.
Centrum ano-vesicale 340, 413.

Cerebro-spinal-Fieber 45.
„ „ Meningitis 107, 364.
„ „ Paralyse 240 (congenit. spast.).
Chaming 286.
Charcot 303.
Chauffard 603.
Chisolm 326.
Chloralhydrat 112, 145.
Chloroform 326.
Chorea minor 142, 148, 215. 214 (Antipyrin). 266, 323. 442. 472 (Augen) 663 (Localisation). 681, 709 (bei Psychosen). 736 (hereditaria).
Chorioretinitis syphilitica 737.
Chouppe 527.
Christian 284, 335.
Chucan 93.
Chuéna 186.
van der Chys 363.
Cionini 299.
Claiborne 148.
Clark 53, 246, 318.
Cocain 48. 147. 361 (Missbrauch). 397 (Vergiftung). 527 (Convulsionen) 684.
Coccygodynie 704.
Codein 610.
Coe 132.
Coffein 111.
Collins 495.
Colonie agricole 719.
Coma 14 (diabeticum).
„ 322 (hystericum).
Contagion, psychische 363.
Contractur, hysterische 518.
Cook 266.
Cope 709.
Corning 323, 325.
Corpus mamillare 418.
Corpus striatum 526 (Athetose).
Cramer August 507.
Crothers 58, 153, 334.
Cysticercus cell. cerebri 233, 321.

Dalché 514.
Dalldorf (Bericht) 429.
Dalton 134.
Daly 165.
Damaye 736.
Dana 10, 39, 160, 322.
Danillo 662.
Danion 193
Dardignac 703.
Davies-Colley 297.
Dawydoff 394.
Debierre 541.
Deborre 95.
Decaisne 526.
Degeneration secundäre 41.
Dehio 111, 243.
Dejérine 29, 30, 299.
Delirium 213, 651 (grave). 145, 148 (tremens).
Delmas 53.
Demange 547.
Demars 300.
Dementia 428 (partielle). 223 (senile).
Deny 744.
Desquin 473.
Detmer 47, 664.
Dévaux 81.
van Deventer 156, 363, 655.
Diabetes 608 (Hautaffection und Neubildung dabei).
Diarrhoe 167 (tabische).
Dirmoser 681.
Dobrowolsky 51.
Droeze 154.
Drohung, gefährliche 461.
Drummond 265.
Dujardin-Beaumetz 301, 324.
Dumontpellier 30, 301.
Duponchel 558.
Dutil 93.
Dutton 522.
Dyspnoe 46.

Ecchinokokken 665.
Eclampsie 322.
Eibe 114.
Eifersuchtswahn 746.
Eisenlohr 233.
Ekstasen 498.
Electricität 110. 111. 187, 369, 401 (statische). 208, 300 (Widerstand). 325 (galvanische, cumultative Wirkung).
Emminghaus 86.
Emphysem 264 (arachnoidales).
Encephalopathie 506 (saturnine).
Endarteriitis chronica 132 (deformans).
Engel 233.
Enthauptung 556.
Entlassungsfähigkeit der Irren 62, 63.
Epilepsie. Symptome: 176 (Temperatur). 176 (Geschlechtsorganbildung). 187 (Kraftleistung). 187 (Contracturen). 245 (epileptogene Zonen). 680 Pneumonie. 397 (Aura) 526 (Verbrechen). 543 (Migräne). 608 (Perspiration). 609 (Puls). 609 (Hautkrankheit). 26, 282, 614 (psychische Aequivalente). 743 (ungewöhnl.).

Epilepsie. Ursachen: 133, 708 (Syphilis). 17, 240 (Heredität). 270, 474 (Jackson'sche). 301, 320 (Gehirnerkrankung). 17, 681 (Schlüsselbeinbruch). 202, 302 (Schädelbruch). 315, 547 (Zahnreiz). 557 (Ohrreiz). 362 (Trauma). 501 (infect. Krankheit). 397 (Wurmreiz).

Epilepsie. Behandlung: 186 (Antypirin). 213 (Electricität). 427, 611 (Simulo). 368 (Strumaexstirpation).

Epstein 245.
Erblichkeit und Psychosen 114.
Erhängen 8, 95.
Ernährung, künstliche 287.
Erschöpfung, acute 224.
Erythrophlaeinum 101, 130, 210, 245.
Erythropsie 51.
Estor 703.
Eulenburg Alb. 237, 611.
Ewald 38.
Ewer 212.

Facialis-Krampf 547 (Nervendehnung.
„ Lähmung 85 (bei hyster. Hemiplegie). siehe Nervus facialis.

Farben 307 (giftige).
Farbenwahrnehmung 542 (beim Hören).
Fargez 45.

Fasciculus solitarius (Vagus) 599.
Febris intermitt. hyster. 549.
Féré 187, 299, 300, 302, 608, 609.
Fergutson 397.
Fernwirkuug der Medicamente (Hypnose) 95, 301, 335.

Ferrannini 30.
Ferrier 269.
Fettleibigkeit u. Gehirnerkrankung 242.
Fibrae arciformes extern. 447.
Fingercontractur nach Dupuytrin 318.
Fischer 26.
Fischer (Kreuzlingen) 610.
Focke 478.
Folie du doute 215.
Forel 713.
Fothergill 322,
Fränkel J. 684.
von Frankl-Hochwart 520, 521, 650.

Francis 27.
Francon 668.
Francotte 558.
Freund 71, 225.
Freyer 264.

Friedenberg 517.
Friedenreich 247.
Friedmann 76.
Friedreich'sche Krankheit 160. 290. 514 735.
Frigerio 298, 367.
Friis 546.
Fournier 708.
Fryling 350.

Galezowski 703.
Galippe 188.
Galvanischer Strom 23 (Dosirung).
Gangrän, symmetr. spontane 201, 555. siehe Asphyxie.

Garmo 150.
Gasperini 299.
Gavoy 321.

Gehirn-Localisation 31, 40, 231, 308, 352, 381.
" Syphilis (basale) 12, 36, 275, 593. (Hyster. Sympt.) 643.
„ Tumoren 128, 165. 166, 167, 202, 318, 319, 320, 385.
„ Chirurgie 252, 457, 625, 657.
„ Rinde 37 (Erregung bei Hund). 474 (Erkrankung). 601 (Speichelabsonderung).
„ Arterien 423 (Erkrankung). 737 (Lues).
„ Nerven 138 (multiple Lähmung).

Gehirn 39, 298 (Puls). 32 (Embolie). 38, 214, 297 (Haemorrhagie). 132, 274 (Congestion). 267 (Eiterung). 268, 269, 390, 631 (Abscess). 92, 134 (Erweichungsherde). 547 (symmetr. Herde). 321, 394 (Erschütterung). 321 (Cysticerken). 74, 460 Verletzung). 419 (Atrophie nach spin. Parapleg.). 270 (Hypertrophie b. Idiotie). 307 (Hydrops). 196 (Hemmungsleitung. 80 (diffuse Sclerose). 214 (Pseudomembran). 201 (Bleiintox.). 242 (Fettleibigkeit). 297 (patholog. Anatomie). 668 (Neuritis optica). 76, 131 (mikroscop. Anatomie). 151 (Furchung). 153, 349 (Gewicht). 466 (Lymphwege). 726 (Physiologie).

Gehirn-Krankheiten, Lehrbuch 171.

Geisteskranke 158 (öffentl. Hygieine). 216 (Beschäftigung). 367 (Ernährung). 462 (öffentl. Recht). 748 (familiäre Verpflegung.

Geistesstörung 286 (Classification). Moralische siehe Moral Insanity. 114, 328 (Erblichkeit). 27, 523, 710 (Heilung nach chronischer). 743 (Heilung nach Trauma). 57, 281 (syphilitische). 28 (syphil.-alcohol.). 156, 743. (traumatische). 178, 246 (puerperale). 709 (transitorische). 615 (masturbatorische). 398 (circuläre). 86 (infantile). 489, 712 (in Einzelhaft). 95 (bei Ohrerkrankg.). 154 (bei Nierenerkr.). 154 (bei Lungenschwindsucht). 655 (bei Herzkrankh.). 681, 709 (b. Chorea). 215 (folie du doute). 367 (bei Schwachsinnigen). 362 (Umbildung in neue Form). 544 (Trophoneurosen). 572 (Sprachstörung). 686 (niedr. Temperatur). 523 (Ursachen). 117, 157 (Zunahme). 72 (Ehescheidungsgrund). 749 (Muskelveränderung). Behandlg. 718 (Opium). 216 (Galvanism). 363 (psychische).

Gellé 134, 186.
Gellis 301.
Gerhardt 423.
Gerlier'sche Krankheit 551.
Geruch 298 (Localisation).
Geschmack 164.
Gesichtsneuralgie 299.
Gheel 484.
Gilles de la Tourette 171, 279, 527. 735.

Gillies 38.
Giuffré 365.
Glaser 179.
Gliose der Rinde 503.
Glossohemiplegia corticalis 96.

Gluck 445.
Goldengorn 395.
Goldscheider 263.
Goldschmidt 210.
Goldstein 625, 657.
Goltz 231.

Gonorrhoe 507 (Spinalaffection).
Gosse 95.
Gowers 432.
Gradenigo 651, 696, 705.
Grandis 307.
Granger 157.
Grasset 522.
Greene 525.
Greidenberg 602.
Griffiths 364.
Grosshirnrinde 231 (chem. Reizung).
Grosshirnschenkel 438 (Anatomie und Degeneration).

Grün 148.
Gürtler 175.
Gutachten 116, 223, 430, 460, 461, 745, 746.
Guttmann Paul 306.
Gyrus sigmoideus 618 (Katze).

Haab 291.
Hadden 133.
Hadjes 482.
Haig 83.
Hallopeau 257.
Hallucinationen 25, 91, 336 (bei Gehörstörung).
Haltenhoff 551.
Hansen 178, 228.
Harrisson 268.
Hauff 244.
Haushalter 667.
Hautaffection 608 (bei Diabetes). 609 (bei Epilepsie).
Hautschwellung 329 (nervöse).
Haya 101.
Haycraft 164.
Hayen 507.
Hebold 154.
Heddaeus 693.
Hefftler 584.
Helweg 74, 544.
Hemianopsie 12 (oscillirende). 134, 356 (bilaterale).
Hemiathetose 526.
Hemiatrophia facialis progress. 15, 299, 306, 703.
Hemiplegie 53. 78. 85. 415. 517 (hysterische). 241 (spast. infantil.). 168 (traumat.).
Hemitabes 79.
Hemmungsbildung cerebrale 196.
Henoch 348.
Herdsymptome oscillirende 647.
Hers 140.
Herzpalpitation 172.
Hess 42.
Heufieber 32.
Heusner 211.
Heydenreich 304.
Hilfsverein für Geisteskranke 332 (Schlesien).
Hinde 134, 137.
Hingerichtet 273.
Hitchcock 156.
Hitzig 508.
Hobbs 135.
Hoche 78.
Höffding 18.
von Hösslin 278.
Hoffmann (Heidelberg) 237.

Holt 316.
Homén 241, 245.
Horsley 408, 432.
Horstmann 672.
Houzé 498.
Hoven 505.
Huber 591, 715.
Hückel 469.
Huet 735.
Hughlings-Jackson 54.
Hutchinson 167.
Hydrops articular. intermittens 517.
Hydrotherapie bei Neurose 324.
Hyoscin hydrobromat. 24, 175, 324.
„ hydrochloricum 529. 749.
Hyperästhesie plant. ped. bilat. 396.
Hyperemesis gravidarum 502.
Hypnon 25.
Hypnose 30. 95 (Fernwirkung der Medicamente). 96, 113 (Menstruation). 113 (Dysmenorrhoe). 118. 170 (Reaction der Muskeln und Nerven). 182. 227. 244. 253. 282. 335. 367 (Lehrmittel). 368 (doppelt. Bewusstsein). 398. 469. 470. 471. 519. 527. 545. 682.
Hypoglossuslähmung. Siehe Nerv. hypogl. 84. 169 (traumat.).
Hysterie 15, 204, 303, 316 (traumat.). 171, 281, 593 (Syphilis). 265 (Zonen). 302 (Basedow). 426 (Shok). 469 (Suggestion). 480 (Faciallähmung). 482 (bei Knaben). 515 (Neurasthenie). 85, 517 (Hemiplegie). 518 (Contractur). 66 (Wesen). 522 (Therapie).
Hysteroepilepsie 2 (Mann). 47 (Suggestion). 266. 461.

Jaccoud 14.
Jacoby 145.
Jaffé 502.
Jakowenko 663.
Jamison 482.
Jappa 666.
Jasinski 499.
Jastrowitz 381.
Jeannel 302.
Jelgersma 131, 133, 270, 247, 467.
Jennings 211.
Jensen 307.
Jensken 83.
Idiotie 92. 330. 525 (Fürsorge in America). 719 (Gehirnbefund).
Illusionen 25.
Imlach 266.
Incisura supraorbitalis 150 (Druck).
Infection, psychische 416.
Influenzelectricität 369, 401
Insolation 239.
Intentionskrämpfe 650
Intentionszittern 44.
Intercostalneuralgie 108.
Joel 557.
Jodoformdelirium 302.
Johansen 545.
Jolly 718.
Jouriac 93.
Irrenanstalten, Irrengesetz und Irrenfürsorge. 60. 188 (Preuss. Minist.-Verfügung vom 19. 1. 88). 484 (Gheel). 525. 621 (Baden). 60, 287, 525 (America). 442 (Breslau). 29 (England und Wales). 655 (Oestreich). 656 (Niederlande). 288 (Italien).
Irrenbehandlung 61, 62.
Irresein 5 (circuläres — Heilung). 26 (Pupertäts-). 328 (Heredität).
Israel 203.
Judson 326.
Jürgensen (Kopenhagen) 141.
Iwanoff 131.

Kahler 197, 526.
Kampher 209.
Karewski 130.
Kast 359.
Kataphorese, electrische 548.
Katalepsie 216.
Kehlkopflähmung 233 (centrale).
Kesser 216.
Key-Aberg 132.
Kiernan 60.
Kinderlähmung 232, 505 (cerebrale). 318 (spinale).
Kindesalter, Psychosen dess. 86.
Kinkhead 224.
Kinnies 318.
Kirmisson 303.
Kirn 489, 712, 751.
Kisch 242.
Kleinhirn 448 (Hemmungsbild). 107, 666 (Tumor).
Knapp (New-York) 147.
Kniephänomen 238, 619, 656.
Kny 749.
Koch 117, 712.
Koch (Kopenhagen) 230, 587.
Köppen 681.
Körpertemperatur, Sinken bei Erhängen 8.
Kolski 113.
Kolyljansky 113.

Konrad, Eugen 57, 529.
Kopfschmerz bei Nasenaffect. 557.
Kowalewsky 152, 215.
Kraempfe, rythm. hyster. 610.
Kraepelin 522.
v. Krafft-Ebing 118, 148, 181, 223, 460, 461, 519, 523, 745, 746.
Kraniologie 498.
Kraniometrie 498, 634, 639.
Krankheit, Manifestation 38.
Krause W. C. 666.
Krauss 494.
Kriese 561.
Kronthal 35, 337.
Kurella 98, 534. 575.
Kynaston 543.

Ladame 336.
Lähmungen 15 (Radialis). 84 (hysterisch-traumatische). 232 (cerebrale Kinder). 233 (centrale Kehlkopf). 326 (orthopädische Behandlung). 328, 514 (alkoholische). 426, 607 (bei Dysenterie in den Tropen). 441 (späte Feldzugs). 527 (nach Erdbeben). 602 (spinale period.). 607 (Facialis bei Neugeborenen).
Lampson 142.
Landerer 719.
Lange 417.
Langeveld 274.
Lannois 95. 736
Laquer 503.
Latenzperiode bei cerebr. Reizung 307.
Leclerc 668.
Lees 482.
Legrous 224.
Lemaire 680.
Lemoine 176, 187, 501.
Leppmann 72.
Letulle 30.
Leubuscher 231.
Leubus (Bericht) 331.
Levin L. 101.
Lewandowski 369, 401.
Lewis 328.
Lewtas 14.
Leyden 692.
Lichtheim 617.
Lichtwitz 265.
Liebreich 130.
Linkshändigkeit 390.
Lissauer 71.
Little 459.
Livon 96.
Lloyd 90, 216, 324, 592.
Loye 273, 586.
Lucas-Championière 556.
Lumbroso 480.
Lunz 11, 317.
Luys 47, 527.
Lyon 280, 316.
Lyssa 43.

Mabille 336.
Maccabruni 367.
Magen-Blutungen bei Paralyse 250.
„ Neurosen 141.
Magnan 300
Magnetismus, thierischer 114.
Maguire 587.
Manley 7.
Mantegazza 498.
Manz 668.
Manzieri 548, 549.
Marandon du Montyel 333, 349.
Marchand (Paris) 186.
Marchi 297.
Marie 17, 85, 202, 552, 587.
Marina 170.
Marino 682.
Marro 367.
Mathieu 167, 168, 515.
Matthes 174, 707.
Mattison 361.
Maudsley 493.
Medulla oblong. 452 (Blutung).
Melancholie 484.
Mendel 306, 442, 445, 462.
Ménier 174.
Ménière 557.
Meningitis 44. 479 (pseudo). 107, 526 (cerebro-spinal.). 546 (epidem. Kopenhagen).
Meningoencephalitis 90.
Mercurialvergiftung 30 (Nerven).
Merycismus 395.
Methylal 148, 482.
Methylchlorur 188.
Mierszejewski 74.
Migräne 83, 459 (Behandlung). 173 (mit oculomot. Lähmung). 279 (complic.).
Mills 319.
Minor 694. 734
Mislawski 30, 601.
Mitbewegung 433, 445.
Mittelohrerkrankung 141, 160, 267.
Möbius 66, 263, 689.
Moeli 217.
Moll 227, 432.
von Monakow 618.
Mond 473.

Monoplegia brachialis 234.
Moral insanity 59, 90, 428, 654, 708.
Moravczik 593.
Mord 27, 63 (Trieb). 493 (contagion). 333 (Process Ménétrier).
Mordret 202.
More 18.
Morel-Lavallée 79.
Moretti 550.
Morphium 145.
Morphiumsucht 18, 30, 58, 334, 515, 684.
Morselli 366.
Morvan'sche Krankheit 473.
Motet 288.
Motschatkowsky 682.
Mott 165.
Moyer 137.
Münsterberg 468.
Munson 25.
Muskelatrophie 108, 617 (erbliche, progressive). 235, 508 (juvenile, progress.). 92 (bei Gehirnerkrankg.). 425, 527 (bei Gelenkerkrank.). 668 (myopathische).
Muskelkrämpfe 426 (rheumat.).
Muskelsinn 263, 293.
Muskelvolumen 38.
Musso 108, 549.
Myelitis 81, 107. 159, 507.
Myoclonie 110, 280.
Myoclonus 280.
Myopathie progress. 188, 667.
Myositis multiple 347.
Myotonie 322.
Myxoedem 143, 327, 430.
Myxofibrom des R.-M. 165.

Nase, Reflexneurosen 281, 557.
Nasse 362.
Needham 558.
Neisser 71, 523.
Neologismus 366.
Nerven-Krankheiten (Lehrbuch) 171.
„ Erkrankung nach Infection 11.
„ Syphilis 48.
„ Dehnung 323, 547.
„ Operation 304.
„ Nath 82, 83, 94, 300, 445, 447.
„ Anastomosen 541.
„ mikroscop. Anatomie 76, 394.
„ patholog. Anatomie 666 (Tuberculose).
„ Durchschneidung 448 (troph. Störung).
„ Regeneration 447.
„ Reizung mit Alkohol 528.
Nerven vasomotorische 74.
„ System 54 (Entfaltung und Ausschaltung). 78 (Tubercul.). 102, 228 (Anatomie).
Nervösität und Erziehung 499.
Nervus abducens 29 (Nucleärlähmung bei Tabes).
„ abducens - facialis 263 (angeborene Lähmung).
„ acusticus 419 (Tumor). 467 (Ursprung). 651, 676, 705 (electr. Reaction).
„ facialis 263, 607 (angeborene Lähmung). 445 (springende Contractur). 480 (hyster. Lähmung).
„ ischiadicus 186 (Neuralgie durch Varicen). 278 (Rumpfveränderung).
„ oculomotorius 136, 137 (period. Lähmung). 726 (Kern).
„ peroneus 721 (Lähmung). 736 (traumatische).
„ popliteus 186, 557 (Lähmung).
„ radialis 186 (Resection).
„ recurrens 301 (Compression).
„ trigeminus 306 (Athmung). 495 (Lähmung). 521, 703 (Neuralgie).
„ trochlearis 261 (Doppels. Parese).
„ ulnaris 301 (Luxation).
„ vagus 597 (Anatomie).
Neumann 133.
Neuralgie 48. 144, 145 (Therapie). 278.
Neurasthenie 322. 366. 473.
Neuritis 30, 347, 662 (multiple). 30, 48, 292, 300, 425, 524 (periphere), 590 (alkoholica). 668 (optica bei Gehirnkrankh.). 672 (optica specifica).
Neurosen 18 (Alterniren). 104 (Uebergang in organ. Störungen). 523 (Ursachen). 702 (traumatische). 52, 395 (Nasen-Reflex). 327 Uterus-Reflex).
Newington 62.
Nicotin 111, 526.
Niermayer 213.
Nocera (Bericht) 485.
Nötel 485, 687, 746.
Nonne 277, 619.
Normann, 25.
Novi 307.
Nystagmus 188.

Obersteiner 102, 158, 684.
Oestreicher 684.
Ohrgeschwulst 336.
Ohrerkrankung u. Geistesstörung 25.
Ohrenfeigen (Meningitis) 18.

Ohrreflex 543.
Oliver 397.
Olsen 396.
Onanoff 188.
Onimus 527.
Ophthalmoplegie 138 (totale). 443 (Muskelbefund). 605 (extern).
Opiumbehandlung 718.
Oppenheim 12, 34, 99, 199, 276, 340, 413.
Opticusatrophie 303.
Ord 430.
Osler 318.
Ostwalt 737.
Ott, Adolph 113.

Pachymeningitis 214. 558 (haemorrhagica). 587 (Suppuration).
Paget 267.
Panaritium 473 (schmerzloses).
Paraldehyd 24. 324.
Paralyse allgem. fortschreitende 156. 178 (Muskelatrophie). 217 (spinale Symptome). 250, 428 (Magenblutungen). 270. 284. 298 (Lungenläsion). 299. 335 (Vorboten). 338 (Frauen). 362 (Trauma). 362 (Pellagra). 482 (statt Tumor). 483 (Augen- u. Sehstörungen). 685 (Herd in d. innern Capsel). 251 (Zungenbeinbruch).
Paralysis ascendens 14, 299.
„ agitans 271.
Paramyoclonus multiplex 43, 110, 525, 550, 682.
Paranoia siehe Verrücktheit. 745 (persecutoria).
Paraphasie 420, 455.
Paraplegie 30, 317. 59 (atactische).
Paris 274.
Parmentier 507.
Paul 95.
Peck 142, 322.
Peckham, 327.
Peeters 484.
Pellagra 589.
Pellagrose 362.
Pelmann 499.
Pemphigus 432.
Peroneuslähmung 721. 736 (traumatische).
Perregaux 234.
Peter 104, 251.
Peterson 143.
Peterson-Borstel 441.
Petrazzani 298.
Petrone 394.
Peyer 704.
Phenacetin 211.
Philipps 479.
Phocomelie 497.
Pianetto 367.
Pick A. 430.
Pietrzikowski 144.
Pillich 92.
Pilzvergiftung 174.
Pitres 300, 528, 588, 614.
Playfair 427.
Plin 736.
Pneumonie 316 (Hirnsymptome). 680 (epileptische).
Polaillon 94.
Pohl 250, 428.
Polarisation thierischer Gewebe. 193.
Polioencephalitis 8 (acuta). 77 (superior).
Poliomyelitis 276 (anter. chron.). 289 (acuta). 588 (subacuta).
Pollak, Julius 2.
Poncet 301.
Pons-Blutung 93.
Porencephalie 350, 664.
van Powell 27.
Powers 38.
Poffi 186.
van Praagh 715.
Prince 49.
Prus 253.
Pryce 608.
Psammom 93 (Meningen).
Pseudo Meningitis 81.
„ muskelhypertrophie 234.
„ tabes 514.
Psoriasis 236 (Tabes).
Psyche, Zeitablauf 111.
Psychiatrie, Systematik 155, 523 (Kahlbaum). Lehrbuch 522, 712.
Psychologie 18 (Lehrbuch). 468 (physiologische).
Ptosis 445. 433 (congen.). 606 (Horner'sche).
Pugibet 426, 607.
Pupillen 30 (Stirnrinde). 131 (Differenz bei Gesunden).
Pupillenstarre 689, 693 (reflectorische). 356 (hemianopische).
Putnam 31, 48.
Putzel 15.

Quénu 292.
Quincke 421.

Rabbas 360.
Raboul 473.
Rader 287.
Radziszewski 555.
Raggi 368.
Ramaer 155.
Raymond 159, 281.
Reflex Aphasie 242.
„ Empfindlichkeit 693.
„ Krämpfe 203 (statische).
„ Neurosen 141.
„ Taubheit 693.
„ Psychosen 99. (traumat)
Remak 99, 169, 261, 415.
Renault 526.
Reynard 273.
Reinaud'sche Krankheit 140, 326.
Rezzomeo 96.
Rezonico 298.
Ricard 167.
Richet 527.
Rickmann 364.
Ring 138, 147.
Ritti 361.
Robbins 322.
Robertson 216.
Robin 186.
Rockwell 23, 325.
Roe 32.
Roric 61.
Rosenbach 684.
Rosenbaum 282.
Rosenheim-Borosdina 5.
Rosin 684.
Rossbach 466.
Rotherat 555.
Rousseau 47, 320.
Routier 81.
Royer 527.
Ruault 52.
Rückenmark, Affection nach Gonorrhoe 507.
„ Anatomie 34, 131, 297, 549.
„ Heterotopie 35.
„ Syphilis 36, 135, 643.
„ Degeneration 44, 80.
„ Lokalisation 53.
„ Blutung 81, 93.
„ Contusion 93.
„ Tumor 165, 337, 432 (Operation).
„ Hyperaemie 274.
„ Localbehandlung 325.
„ Krankheiten (Lehrbuch) 171.
Rütimeyer 290.
Ruhemann 8, 11.
Ruminatio humana 243, 395.
Runenberg 241.
Sachs 196, 212, 707.
Sallis 114.
Salzmann 547.
Samelsohn 606.
Sangster 432.
Santvoord 326.
Sarde 432.
Savage 18, 63, 281, 482.
Schädelfractur 6. 7. 92. 128. (Perforation). 167. 202. 269.
Schädellücken 348.
Schädel und motor. Region 408, 584.
Schäfer 417.
Schaffer 43.
Schilddrüsse, Exstirpation 394.
Schlaflosigkeit 212.
Schlafsucht 216.
Schlöss 17, 505.
von Schmidt 53
Schniegelow 141, 160.
Schönfeld 477, 686.
Schotten 321.
Schrader 726.
Schramm 686.
Schröter 116.
Schütz 107, 420, 455.
Schwachsinn 215 (Chorea). 711.
Schwalbe 427, 590, 684.
Schwarz 242.
Schwatz 557.
Schweinitz 472.
Schwetz (Bericht) 732.
Sclerose des R. M combinirte 10.
„ multiple 42, 199, 200, 454, 477. (Diphtherie), 478 (Schreck), 507, 522.
Seele, Sitz ders. 53.
Seelenblindheit 225.
Seeligmüller 108, 110, 171.
Sehhügel 162. 385 (Tumor).
Sehrwald 466
Sehsphäre 417 (Affe).
Seitz 151.
Selbstmord 363. 524. 27 (Trieb).
Selitzki 395.
Sell 104.
Senator 136, 347, 385.
Sepilli 270.
Sequin 31. 40, 356.
Sergi 298.
Sexton 8.
Sexualempfindung 152 (perverse). 561 (conträre).
Sgroffo 483.
Shakespear 106.
Sharkey 419.
Shakleworth 281.
Siemerling 36, 275, 338, 645.
Sighicelli 368, 708.

Simulo 611.
Sinnesempfindung 103 (secundäre). 417 Zeitreaction).
Sinneserregung 152 (experim.).
Sinus sphenoidal. 557 (Erkrank.).
Sioli 438.
Sitophobie 367.
Smith, Levis 45.
Smith, Parcy 59.
Snell 154.
Solanin 522.
Sollier 176.
Soltmann 239.
Somnambulismus hyster. 336.
Sontham 323.
Souza-Leite 203, 592.
Spasmophilie 110.
Speichelabsonderung 133, 601.
Spermatorrhoe 149.
Spillmann 667.
Spinalirritation 49, 150.
Spinalparalyse, subacute progr. 39.
Spitzka 213, 615, 651. 726.
Ssirski 236.
Starr 48, 475.
Stauungspapille 172, 291.
Stearns 286.
Steinbrügge 103.
Steiner 201.
Stenocarpine 147, 148.
Stephan 44, 263, 282, 607.
Steward 59.
Strafrecht positives 534, 575.
Strahan 484, 523.
Streckeisen 289.
Strümpel 702.
Sturges 142.
Strychninkrämpfe 174.
Suckling 107, 173, 514.
Suggestion 47. (Siehe Hypnose).
Sulfonal 359, 360, 427, 684, 707.
Sympathicusaffection 606.
Sympathicuslähmung traumat. 169.
Sympson 82.
Syphilis heredit. 80.
„ und Psychose 282.
Syringomyelie 197, 495.

Tabaksneurosen 111.
Tabes dorsalis. Ursachen 79. Urinuntersuchung 96. Arthropathie 161. Syphilis 233, 694. Psychosen 154. Systemerkrankung d. R. M. 237. periphere Nerven 277. Muskelatrophie 299. Nervenkrankheiten 692. Diarrhoe 167. Psoriasis 236. Bulbärsymptome 340. Pharynxkrisen 341. Schlingkrämpfe 342. Degeneration der aufsteigenden Trigeminuswurzel 345.
Tabes. Saturnismus 734.
Tachycardie 326.
Tak 524.
Talcot 743.
Tambroni 178, 708.
Tamburini 91, 368.
Tanzi 366.
Tarnowsky 5. 72, 256.
Taubheit 174, 226 (periodische).
Taubstumme 715 (Amerika).
Tela chorioidea 727 (Tumor).
Tellegen 655.
Temperatur bei Geisteskranken 686.
Tetanie 321.
Tetanin 314, 520.
Tetanusbacillen 106.
Tetanus 292 (spontaner). 81, 82, 300 (traumat.). 365 (hydrophob.)
Terrien 8, 362.
Thalamus opticus 161.
Theobald 317.
Thompson 175.
Thomsen 77, 99, 590.
Thomsen'sche Krankheit 174, 322, 552. 662.
Tic convulsif — Krankheit 63, 96.
Timmer 418.
Tod, plötzlicher 132.
Tonini 328.
Tookes 743.
Tracy 140.
Trintel 50.
Tremor 471 (Rythmus).
Trepanation 38, 267, 268, 269, 297, 302, 474, 556.
Trigeminuswurzel aufsteig. 346 (Degenerat.). 414 (Affection).
Trunksucht 58. 153. 334 (Verantwortlichkeit).
Tscherbach 111.
Tuczeck 589.
Tuffier 608.
Tuke 525.
Turnbull 748.
Typhus 59 (bei Psychosen). 315 (Nervensymptome).

Ueberbürdung 47, 274.
Uhthoff 49, 445.
Unkowsky 397.
Unverricht 138, 446.
Uraemie, puerperale 32.
Urbantschitsch 152.
Urethan 24, 324.
Urethralneurosen 142.
Urguhart 28.

Vaillard 300, 528, 588.
Ventra 474.
Venturi 709.
Verbrecher, irre 217, 493, 558.
Vererbung 47, 664.
Verga 366, 654.
Verneuil 292.
Verrücktheit 71 (originäre). 328 (secundäre). 366 (rudimentäre).
Verwirrtheit 250.
Vigouroux 208.
Virchow, Hans 34.
Vizioli 299, 471, 610.
Voisin 335.
Voorburg (Anstalt) 496.
Vorbildung der Irrenärzte 227.

Wachsner 110.
Wagner, Paul 6.
Wagner, R. 149.
Walker 46.
Wallenberg 232.
Walter 111.
Walzer 32.
Warfvinge 143.
Warren 328
Watt 327.
Weber S G. 24.
Weber (Finnland) 547.
von Wedekind 150.
Weiss, Max 395.
Wener 363.
Wernicke 226, 227, 442.
Westeneng 655.
Westphal 443, 454.
„ Alexander 506.
Weyl 307.
White 173, 427.
Wickham 93.
Widerstand electrischer 208.
Wiegand 665.
Wiglesworth 214, 216, 281, 428.
Wildermuth 330.
Wilks 543.
Wille 250, 271.
Willenshandlung 468.
Williams 471.
Winkler 418.
Wirbelcontusion 93
Wirbelsäule 665 (Echinokokken).
Wolf, Felix 107.
Wolf, J. 161.
Wolfenden 471.
Wollenberg 416.
Wortbildung neue 366.
Wright 324.

Zacher 685, 719.
Zenner 315.
Zeroni 245.
Zernoff 393.
Ziehen 231, 237, 280.
Zimbicki 252.
Zungenatrophie halbseit. 140, 300, 558, 587.
Zungenbein, Bruch bei Paralyse 251.
Zurechnungsfähigkeit 179. 751 (geminderte).
Zwangshandlung 25.
Zwangsvorstellung 25, 247, 366.
Zweifelsucht 686.

In **Heuser's Verlag** (Louis Heuser) in Berlin C, Spittelmarkt 2 und Neuwied a. Rh. erschien:

Die

Morphiumsucht und ihre Behandlung.

Von **Dr. Albrecht Erlenmeyer.**

Dritte Auflage.

Mit 22 in den Text gedruckten Holzschnitten.

463 Seiten. gr. 8°. In feiner Ausstattung. Preis M. 10.

Das Buch, eine hervorragende literarische Erscheinung, wird Aerzten und denen aufs Wärmste empfohlen, die für das Allgemeinwohl unseres Volkes ein Interesse haben und berufen sind, gefahrdrohende Auswüchse desselben zu verhüten oder zu heilen.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von **Theodor Thomas** in Leipzig. Druck von **Philipp Werle** in Koblenz (Löhrstrasse 28).

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE